



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na
Promoção da Segurança no Transporte Inter-
Hospitalar Pediátrico**

Vera da Conceição Rijo Palma

Orientação: Professor António Casa Nova

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Beja, 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na
Promoção da Segurança no Transporte Inter-
Hospitalar Pediátrico**

Vera da Conceição Rijo Palma

Orientação: Professor António Casa Nova

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Beja, 2022

TÍTULO DO TRABALHO

Nome do Aluno: Vera da Conceição Rijo Palma

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Júri:

Presidente: Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Orientador: Mestre e Especialista António José da Mota Casa Nova

Data: 18 de abril de 2022

“Se mudarmos o começo da história, mudamos a história toda.”

(Raf Cavoukian, citado por Organização Mundial de Saúde [OMS] & Unicef, 2018, p.1)

AGRADECIMENTOS

A todos os que estiveram ao meu lado ao longo desta caminhada, que acreditaram em mim, que contribuíram para a concretização de mais esta etapa e que me deram a força necessária nos momentos mais desafiantes.

Ao professor António Casa Nova, às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica orientadoras, pela orientação, ensinamentos, partilha de conhecimentos e supervisão.

Às equipas multiprofissionais dos vários contextos de estágio pela forma como me acolheram e pela partilha de experiências profissionais.

Aos colegas de trabalho pelo apoio e companheirismo.

A todas as crianças e famílias com quem tive oportunidade de me cruzar neste percurso e que contribuíram para a minha formação.

Aos meus amigos e à minha família pela paciência, dedicação, amor e incentivo em todos os momentos.

A todos o meu sincero agradecimento!

RESUMO

A Segurança é um elemento essencial na qualidade em saúde. Os cuidados de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros e centrados nas pessoas.

O transporte inter-hospitalar surge da necessidade de proporcionar cuidados diferenciados numa determinada área ao doente ou para realizar exames não disponíveis no hospital de origem. O transporte de crianças deve ser realizado por equipas com formação específica em pediatria e planeado de forma a reduzir o risco de complicações.

Com o objetivo de promover a segurança da criança no transporte inter-hospitalar, foi desenvolvido um projeto de intervenção em serviço, com base na metodologia de projeto, seguindo a Linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida”.

O relatório contempla uma reflexão sobre o percurso formativo ao longo do Curso de Mestrado e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, bem como das competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Segurança; Transporte Inter-hospitalar; Criança.

ABSTRACT

Safety is an essential element in health quality. Quality healthcare must be effective, safe and patient-centred.

Inter-hospital transport arises from the need to provide differentiated care to the patient in a certain area or to perform tests not available in the hospital of origin. The transport of children must be carried out by teams with specific training in paediatrics and planned to reduce the risk of complications.

With the objective of promoting the safety of children in inter-hospital transport, an intervention project was developed in service, based on the project methodology, following the Research Line "Safety and Quality of Life".

The report contemplates a reflection on the training received throughout the Master's Course and the development of common and specific skills of the Nurse Specialist in Child and Paediatric Health, as well as the skills of a Master in Nursing.

Keywords: Pediatrics Nurse; Patient Safety; Inter-hospital Transport; Child

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES	103
Apêndice I – Resumo da revisão scoping: transporte inter-hospitalar pediátrico em segurança	104
Apêndice II – Capa e planeamento de cuidados do estudo de caso	106
Apêndice III – Proposta de reorganização do material de emergência na USF.....	117
Apêndice IV – Procedimento TIP	120
Apêndice V – Proposta de reorganização da mala de TIP	139
Apêndice VI – Análise SWOT do projeto de intervenção	143
Apêndice VII – Planeamento do projeto de intervenção em serviço	145
Apêndice VIII – Cronograma do projeto de intervenção em serviço	148

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS	151
Anexo I – Check-list do carro de emergência	152
Anexo II – Teste do desfibrilhador do carro de emergência.....	157
Anexo III – Registo de abertura do carro de emergência	159

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSA – Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía

ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

APA – *American Psychological Association*

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica

DGS – Direção-Geral da Saúde

EDIN – *Echelle de Douleur et D'inconfort du Nouveau Né*

EESIP – Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JBI – Instituto *Joana Briggs*

MS – Ministério da Saúde

NIDCAP – Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRC – Sistemas de Retenção para Crianças

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	17
1.1 Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel	17
1.2 Segurança e Qualidade de Vida.....	20
1.2.1 Segurança e Qualidade de Vida da Criança e Jovem.....	22
1.2.2 Segurança e Qualidade de Vida da Criança e o Enfermeiro EESIP	24
1.3 O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico	25
1.3.1 Planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico	31
2 PERCURSO ACADÉMICO: DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA ..	35
2.1 Estágio I	35
2.1.1 O Local de Estágio	36
2.1.2 Reflexão sobre a aprendizagem	39
2.2 Estágio Final.....	44
2.2.1 Os Locais de Estágio	44
3 PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	54
3.1 Identificação do Problema e Diagnóstico da Situação	55
3.2 Definição de Objetivos	58

3.3	Planeamento	58
3.4	Execução.....	59
3.5	Avaliação e Divulgação dos Resultados.....	61
4	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA – REFLEXÃO SOBRE A APRENDIZAGEM.....	63
4.1	Competências comuns do Enfermeiro Especialista	64
4.1.1	Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	65
4.1.2	Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	68
4.1.3	Domínio da gestão dos cuidados	72
4.1.4	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	74
4.2	Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	75
4.2.1	Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde	76
4.2.2	Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade	79
4.2.3	Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	83
4.3	Competências de Mestre	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito da Unidade curricular Relatório, do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, em Associação com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O relatório constitui uma compilação dos conhecimentos e das competências de mestre e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, desenvolvidas e adquiridas ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem, onde se inserem os estágios. Tem ainda por base uma análise reflexiva de todo o percurso académico, que culmina com a realização do relatório que será submetido a apreciação e discussão pública por um júri nomeado pelo órgão competente da instituição de ensino superior acima referida, tal como pressupõe o Decreto-Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em Portugal vê-se confrontada com árduos desafios resultantes dos contextos atuais em que vivem as crianças, no que diz respeito ao aumento da morbilidade, aos acidentes como causa importante de morte ou incapacidade, à perda de qualidade de vida associada às doenças crónicas, aos comportamentos de risco para a saúde, às perturbações emocionais e comportamentais, entre outras, que tornam tão alargado e pertinente o campo de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica [EESIP] (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017). O seu papel traduz-se assim na prestação de cuidados avançados, com competência e segurança de forma a satisfazer as necessidades individuais da criança/família, bem como desenvolver mecanismos eficientes de gestão da segurança da criança (OE, 2018).

Posto isto, e tendo em conta o vasto campo de intervenção do enfermeiro EESIP, o percurso académico, os estágios desenvolvidos e o presente trabalho enquadraram-se na temática do transporte inter-hospitalar pediátrico [TIP], seguindo a Linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida” da criança, de forma a promover a segurança da criança e a melhoria contínua na qualidade dos cuidados de saúde nesta área. A escolha por esta temática, motivou-se pelo facto de ser uma área de interesse particular, por ser uma prática frequente no contexto onde desempenhamos funções, pela necessidade de transferir crianças do serviço de urgência pediátrica para outras instituições com recursos diferenciados. Outro motivo baseou-se no facto de considerarmos ser uma área que necessita de intervenção por não existirem normas ou procedimentos que uniformizem a prática do TIP, tanto a nível nacional como a nível da Unidade Local de Saúde, o que motivou a realização do projeto de intervenção, com recurso à metodologia de projeto.

A metodologia de projeto aliada à investigação permite a análise de um problema existente e delinear um projeto no qual se define um conjunto de ações a serem implementadas, com vista à resolução de problemas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Assim desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço relacionado com a segurança no TIP, centrando-nos na intervenção do enfermeiro EESIP nesta área, de forma a uniformizar a prática clínica do TIP e promover a segurança da criança no transporte.

A elaboração do projeto enquadrou-se na Teoria da Incerteza na Doença de Mishel, uma teoria desenvolvida de forma a dar resposta à incerteza percecionada pelos doentes numa situação de doença aguda ou crónica, complexa, grave ou incurável (Mishel & Cayton, 2008; Tomey & Alligood, 2004).

Tendo em conta todos estes pressupostos e o percurso desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado, definimos como objetivo geral:

- Desenvolver competências na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na promoção da segurança da criança/jovem no TIP.

Delineámos como objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos e competências na área do TIP;

- Refletir sobre as competências desenvolvidas na prática clínica nos vários contextos de estágio;
- Elaborar um projeto de intervenção em serviço segundo a metodologia de projeto;
- Uniformizar a intervenção do enfermeiro no TIP de acordo com a evidência científica;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção da segurança e melhoria contínua dos cuidados na prática clínica do TIP.

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos principais. Começamos pelo enquadramento teórico e conceptual que contempla os conteúdos teóricos relacionados com o tema do TIP, o enquadramento do tema na Teoria da incerteza na Doença de Merle Mishel, a segurança e a qualidade de vida da criança e do jovem, o papel do enfermeiro EESIP na segurança e qualidade de vida da criança/jovem. Abordamos ainda o TIP e o planeamento do mesmo.

Seguidamente apresentamos uma descrição e análise crítica de todo o percurso académico ao longo dos estágios, abordando os vários contextos de estágio, o trabalho desenvolvido e a análise da aprendizagem desenvolvida na prática clínica ao longo de cada estágio.

No terceiro capítulo abordamos o projeto de intervenção em serviço na área de intervenção do enfermeiro EESIP na promoção da segurança no TIP, a metodologia usada e as várias fases que compõem o projeto, desde a identificação do problema e diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento e respetivo cronograma, a execução e a avaliação e divulgação dos resultados.

O quarto capítulo apresenta o desenvolvimento de competências do enfermeiro EESIP e uma reflexão sobre a aprendizagem, abordando as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro EESIP e as competências de mestre, tecendo considerações sobre os conhecimentos desenvolvidos e a prática clínica ao longo de todo o percurso.

Posteriormente apresentamos as considerações finais, que engloba um breve resumo e as principais conclusões que retiramos do trabalho desenvolvido, a análise dos objetivos propostos inicialmente bem como os contributos de todo o percurso desenvolvido para a nossa vida

peçoal e profissional. No final do relatório encontram-se as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos considerados relevantes no trabalho desenvolvido.

Importa referir que a elaboração do relatório seguiu as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, do acordo ortográfico em vigor em Portugal e as normas da *American Psychological Association* [APA] – 6ª edição.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Este capítulo surge pela necessidade de realizar o enquadramento conceptual e teórico de todo o percurso formativo realizado ao longo deste Curso de Mestrado, seguindo a Linha de Investigação: “Segurança e Qualidade de Vida” e como temática “O transporte inter-hospitalar pediátrico”. De forma a desenvolver e aprofundar conhecimentos acerca do tema realizámos uma alargada pesquisa da literatura, a nível de várias bases de dados científicas, usando como recurso algumas bases de dados como a EBSCO *host*, a *PubMed* e a *B-on*, procurando seleccionar informação científica e recente na área. Pesquisámos ainda documentos legais, orientações e normas internacionais e nacionais relacionadas com o tema, de modo a fazer o enquadramento conceptual.

O capítulo encontra-se dividido em três partes, iniciando-se pela Teoria da Incerteza de Merle Mishel, enquadrando esta teoria no tema do TIP; de seguida iremos abordar a segurança e qualidade de vida, no qual serão definidos alguns conceitos nesta área e realizadas considerações acerca da qualidade de vida e segurança na criança e no jovem e sobre o papel do enfermeiro EESIP na segurança e qualidade de vida da criança/jovem; posteriormente iremos debruçar-nos sobre o TIP.

1.1 Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel

O desenvolvimento da teoria de Enfermagem teve início com Florence Nightingale nos anos 50 (George, 2000). Segundo Meleis (1991) citado por George (2000), a teoria de enfermagem define-se como “uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenômeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem” (p.12).

As teorias de enfermagem encadeiam quatro conceitos principais do metaparadigma de enfermagem: pessoa, ambiente/sociedade, saúde e enfermagem (George, 2000). Um metaparadigma diz respeito aos conceitos globais que identificam os fenómenos de interesse

de uma disciplina, as proposições que descrevem os conceitos e as proposições que estabelecem as relações entre os conceitos (Fawcett, 2005). As teorias de enfermagem norteiam a prática de enfermagem através da descrição, explicação ou da previsão dos fenómenos (George, 2000). As teorias têm como função estreitar e especificar mais completamente os fenómenos contidos num modelo conceptual e estruturar de forma concreta e específica a interpretação de comportamentos, situações e acontecimentos intrigantes (Fawcett, 2005).

As teorias de enfermagem variam quanto ao seu nível de abstração e escopo (Fawcett, 2005) e podem ser orientadas para as necessidades, para as interações, para os sistemas e para os campos de energia (George, 2000). Existem várias teorias de médio alcance. Estas são mais concretas e mais restritas que as grandes teorias que são mais abstratas e abrangentes (Fawcett, 2005).

Posto isto importa compreender qual o contributo das teorias para a prática de enfermagem. Um modelo teórico é importante porque nos ajuda a decidir o que precisamos saber, a analisar e explicar o que fazemos como enfermeiros e a compreender qual o nosso propósito e intervenção nos cuidados de saúde. A teoria contribui assim para melhorar o atendimento ao doente, o status profissional do enfermeiro, a comunicação entre profissionais e orientar a pesquisa e a investigação. (Colley, 2003)

A Teoria da Incerteza na Doença de Mishel é um exemplo de uma teoria de médio alcance (Fawcett, 2005). A Teoria da Incerteza, publicada em 1988, foi desenvolvida como resposta à incerteza percebida pelos doentes nas fases de pré-diagnóstico, diagnóstico e tratamento de uma doença aguda ou de uma doença crónica ou debilitante (Mishel & Cayton, 2008). Segundo esta teoria a incerteza surge numa situação de doença complexa, dúbia, incurável, grave ou quando a informação transmitida pelos profissionais de saúde é insuficiente ou confusa (Tomey & Alligood, 2004). A Teoria da Incerteza na doença baseia-se em três conceitos principais que enquadram a incerteza ao longo do processo de doença: os antecedentes da incerteza, o processo de apreciação da incerteza e o modo de lidar com a mesma (Mishel & Cayton, 2008).

A incerteza define-se como “a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objectos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão.” (Tomey & Alligood, 2004, p.633)

A incerteza constitui um fator de stress no contexto da doença. Mishel relaciona os sintomas de gravidade de ameaça à vida e de doença com a incerteza, ou seja, no processo de doença, a imprevisibilidade no início, a duração e a intensidade da sintomatologia está associada à incerteza. Segundo Mishel a incerteza foi agravada quando os utentes e os membros da família receberam informações pouco esclarecedoras por parte dos profissionais de saúde, ou quando perceberam que os profissionais de saúde não eram especializados ou suficientemente compreensivos para os apoiar quando surgem complicações da doença. A incerteza pode ter efeitos negativos – ansiedade, depressão, desespero e angústia – com impacto negativo sobre a qualidade de vida, a satisfação com os serviços de saúde e com os cuidados de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria da Incerteza na Doença de Mishel enquadra-se no tema central do presente relatório e pode ser aplicada para orientar a prática clínica, uma vez que segundo Tomey & Alligood (2004), esta teoria pode aplicar-se em situações de crianças que experienciam doenças graves. Como resposta à desorganização e instabilidade provocadas pela incerteza, o sistema acaba por se transformar, de forma a adaptar-se e a sobreviver. Desta forma, a incerteza numa situação de ameaça à vida, pode provocar um novo nível de organização e uma nova perspetiva de vida, através do crescimento e da mudança provocadas pelas experiências de incerteza. A incerteza pode ser encarada como um perigo (quando o doente encara a possibilidade de resultado negativo) ou como uma oportunidade (quando o doente encara a possibilidade de um resultado negativo e se mantém esperançado). (Tomey & Alligood, 2004)

A situação do transporte inter-hospitalar surge muitas vezes perante uma doença aguda, crónica, ou grave, em que a criança/jovem necessita de ser transferida para outra unidade hospitalar, de forma a usufruir de cuidados de saúde diferenciados, recursos ou meios complementares de diagnóstico que não estão disponíveis na unidade hospitalar de origem. A situação de doença por si só, pode ser considerada um fator de incerteza e de stress pela criança/jovem e família, pela gravidade da doença que pode ser percebida como uma ameaça à vida da criança/jovem. A situação do transporte inter-hospitalar pode ser associada à incerteza por ser muitas vezes uma situação inesperada, experienciada muitas vezes pela primeira vez pela criança/jovem, que à luz da Teoria de Mishel pode ser encarada como um perigo pela criança/jovem e família. Por outro lado, como uma oportunidade, quando é

percecionada pela criança/jovem e família com esperança, como uma oportunidade de melhoria nos cuidados de saúde ou no estado de saúde da criança/jovem.

O enfermeiro EESIP pode basear-se nesta teoria na preparação da criança/jovem e família para o transporte inter-hospitalar, ao prestar cuidados centrados no binómio criança/família, fornecendo-lhes informações acerca da situação clínica e do transporte. De acordo com a Teoria de Incerteza na Doença isso pode contribuir para diminuir o stress da criança e família, associados à incerteza relacionada com o transporte. A atuação do enfermeiro EESIP pode também contribuir para que a incerteza relacionada com a situação do transporte seja percecionada pela criança e família como uma oportunidade, ou seja como um acontecimento benéfico para a criança.

1.2 Segurança e Qualidade de Vida

O direito à proteção da saúde constitui um direito social e fundamental expresso no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (Presidência da República, 1976). O direito à proteção da saúde encontra-se expresso também na Lei de Bases de Saúde, aprovada pela Lei nº 65/2019, que realça a responsabilidade conjunta da sociedade e do Estado através do Serviço Nacional de Saúde [SNS] e das instituições de Saúde na promoção e garantia da proteção da saúde. (Assembleia da República, 2019). De acordo com a mesma Lei, as pessoas têm direito ao acesso aos cuidados de saúde apropriados à sua situação, em tempo útil, de acordo com as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021). A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020) recomenda um conjunto de políticas e estratégias para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde, definindo objetivos e prioridades nacionais de saúde.

A Segurança é considerada um aspeto chave na qualidade em saúde, sendo considerada fundamental para a confiança das pessoas no SNS, uma vez que a ocorrência de incidentes na prestação de cuidados de saúde é prejudicial para o doente, para a sua família e para os serviços de saúde, com repercussões a nível físico, psicológico, social e económico. (Ministério da Saúde [MS], 2015a; Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021)

De acordo com a OMS (2020) a segurança dos doentes é encarada como uma forma de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, podendo estes ser tidos em conta como um barómetro dentro do sistema para implementar melhorias na qualidade, uma vez que, é fundamental identificar os riscos existentes, estudá-los e estabelecer soluções que contribuam para a melhoria contínua. (MS, 2015a)

A Qualidade de Vida consiste na “perceção que as pessoas têm da sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019, p.25) Trata-se de um conceito abrangente, que sofre influência do estado de saúde físico, psicológico, nível de independência, pelas relações sociais, pelas crenças individuais e ainda do meio envolvente. (DGS, 2019). A OMS (2020) defende que os cuidados de saúde de qualidade a nível mundial devem ser eficazes (baseados na evidencia científica a todas as pessoas que necessitam), seguros (sem prejudicar as pessoas que usufruem dos cuidados) e centrados nas pessoas (devem dar resposta às preferências, necessidades e crenças/valores das pessoas a quem se destinam). Para além disso, os serviços de saúde devem ser oportunos (reduzindo tempos de espera), equitativos, integrados (coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores) e eficientes. Defende assim uma cultura de qualidade em todo o sistema de saúde.

Segundo o Plano Nacional de Saúde, a melhoria contínua da qualidade em saúde constitui um imperativo e pressupõe fazer tudo para que os cuidados prestados sejam eficazes, seguros, equitativos, eficientes e adequados às necessidades de saúde da população, fornecendo por isso estratégias de melhoria da qualidade. Surge neste contexto o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] (DGS, 2015).

De acordo com o PNSD 2021-2026 a promoção da segurança do doente exige uma coordenação das várias partes envolvidas e uma abordagem sistémica, que seja contínua e que promova a segurança e uma cultura de segurança, com base numa lógica de melhoria contínua e não punitiva. O PNSD 2021-2016 tem como objetivo: “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021, p. 97).

O contexto da prestação de cuidados de saúde interfere com a segurança, com impacto nos resultados em saúde, relativamente à qualidade e segurança. Os recursos disponíveis, as dotações, a adequação dos profissionais e das equipas, a formação dos profissionais, a organização do trabalho, as ferramentas e instrumentos disponíveis, o trajeto dos cuidados e o desenho do processo de cuidados condicionam os ambientes seguros. (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021, p. 97).

1.2.1 Segurança e Qualidade de Vida da Criança e Jovem

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, no artigo 24.º a criança tem o direito a usufruir do melhor estado de saúde exequível e de serviços médicos e, os Estados Partes devem assegurar as medidas apropriadas para garantir a assistência médica e os cuidados de saúde que sejam necessários a todas as crianças, promovendo a prevenção de acidentes. No artigo 3.º expressa ainda que todas as decisões relativas à criança devem respeitar o interesse superior da criança e, que os Estados Partes devem adotar as medidas adequadas para assegurar o funcionamento das instituições e serviços, de forma a promoverem a proteção das crianças, da sua segurança e saúde. (Comité Português para a UNICEF, 2019).

De acordo com a Carta da criança hospitalizada, a criança tem o direito de ter os pais ou quem os substitui junto de si durante 24 horas por dia; a criança e os pais devem receber as informações necessárias, de acordo com a sua idade e compreensão, para participarem ativamente nos cuidados de saúde; o hospital deve promover um ambiente adequado às necessidades da criança e promover a segurança da mesma (Instituto de Apoio à Criança 2008).

A criança encontra-se numa situação de dependência dos cuidados prestados pela família, de forma a assegurar as suas necessidades, para que cresça e se desenvolva de modo saudável e adquira progressivamente novas habilidades, conhecimentos e autonomia. A saúde da criança/jovem depende do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança nas várias idades. (OE, 2017) De acordo com a OMS & Unicef (2018) as experiências que a criança vivencia nos primeiros anos de vida têm repercussões no desenvolvimento cerebral, a nível da aprendizagem, da saúde, do comportamento e nas relações sociais, pelo que os pais constituem

os melhores cuidadores. Segundo a mesma fonte a exposição a um fator de risco, geralmente está associada à exposição a vários outros riscos.

A segurança do doente, especialmente na área da pediatria é uma preocupação nos cuidados de saúde, pelo que têm sido desenvolvidos estudos de investigação e formuladas orientações e estratégias, nacionais e internacionais, de forma a promover a segurança na saúde (Wegner *et al.*, 2017).

Segundo a Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2017) entre 2011 e 2015, embora se tenha verificado um decréscimo, os acidentes rodoviários apresentam ainda uma grande relevância das mortes por acidente nas crianças. Entre 2003 e 2013 verificou-se em Portugal, um decréscimo importante do número de vítimas com idades inferiores a 15 anos, assistindo-se a uma diminuição de 86% de vítimas mortais e 67% de feridos graves (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR], 2020). De acordo com a APSI (2017) de 2012 a 2016, 26% dos internamentos em idade pediátrica deveu-se a acidentes de transporte, sendo esta a segunda causa de internamento em idade pediátrica.

A OMS (2018) defende que milhões de vidas podem ser poupadas se forem implementadas medidas legais rodoviárias que incidam em medidas de segurança apropriadas como por exemplo na utilização de sistemas de retenção para crianças [SRC] adequados e na utilização de capacetes. Estima-se que o uso correto dos SRC reduz em cerca de 60% a taxa de mortalidade em crianças com idade inferior a 4 anos, bem como o risco de ferimentos graves (OMS, 2018). Importa por isso desenvolver medidas que promovam a segurança infantil, bem como capacitar os pais para a adoção de medidas preventivas.

Wegner *et al.* (2017) afirmam que no que diz respeito à segurança da criança em contexto hospitalar, tem havido uma evolução na cultura de segurança da criança e nos cuidados de saúde. Numa revisão da literatura realizada os autores concluíram que existem vários aspetos na prestação de cuidados que podem contribuir para a segurança da criança: criação/revisão de novos protocolos na emergência pediátrica; uso de *checklists* nos procedimentos cirúrgicos; elaboração de registos de enfermagem adequados; melhorias na preparação e administração de medicação (rotulagem adequada, uso de códigos de barras nos medicamentos, organização na preparação dos fármacos, uso de bombas de infusão inteligentes, distribuição da medicação individualizada); formação dos profissionais; melhorias na comunicação entre os profissionais;

dupla validação da identificação das crianças; uso de etiquetas com códigos de cores; notificação de incidentes e adoção de uma cultura de segurança nas instituições. Concluíram ainda que a parceria de cuidados com a criança e os pais permite promover a segurança da criança e constitui uma barreira à existência de incidentes, uma vez que os pais estão envolvidos nos cuidados e informados acerca do que se passa com a criança. (Wegner *et al.*, 2017).

A elaboração de novos protocolos e de planos de ação contribuem para a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde, pelo que é importante reunir as evidências disponíveis na área da segurança em pediatria e transpor esses conhecimentos para a prática clínica. A integração de boas práticas com base em evidências permite identificar os riscos existentes e promove cuidados de enfermagem seguros e efetivos. (Wegner *et al.*, 2017).

1.2.2 Segurança e Qualidade de Vida da Criança e o Enfermeiro EESIP

De acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro possui o dever de: “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p.30); “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (OE, 2015, p.59); e “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (OE, 2015, p.64). O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista também destaca a importância da segurança, sendo competência do enfermeiro especialista a garantia de um ambiente terapêutico e seguro, com foco na prevenção de acidentes e na gestão de riscos (OE, 2019). Assim, a segurança é considerada um elemento fundamental para a qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem, o que requer uma avaliação do risco e a redução do mesmo. (OE, 2015).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constituem uma referência para a prática especializada, permitindo a reflexão sobre a qualidade dos cuidados, de forma a promover a melhoria contínua da qualidade (OE, 2017). O enfermeiro EESIP baseia a sua prática no modelo conceptual centrado na resposta às necessidades da criança e família, sendo este o binómio alvo dos cuidados de enfermagem e

alicerça-se nos seguintes valores: encarar a criança como um ser vulnerável e os pais como os principais prestadores de cuidados à criança; maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança; preservar a qualidade e bem-estar da criança/família (OE, 2010).

A prevenção e a promoção da segurança nas crianças, assentes na evidência científica, constituem uma responsabilidade do enfermeiro de modo a promover a qualidade dos cuidados (Faria, Lomba, Carvalhais & Apóstolo, 2017). A prestação de cuidados de enfermagem envolve a possibilidade de ocorrência de erro e de um determinado nível de risco para a segurança do doente, pelo que é fundamental identificar os fatores de risco, avaliar corretamente os riscos, de forma a reduzi-los, promover estratégias de comunicação adequadas e fundamentar a prática com base na evidência (OE, 2015).

O enfermeiro deve apostar no desenvolvimento de conhecimentos e na mudança de atitudes, assumindo um papel pedagógico, trabalhando em equipa com outros profissionais, de forma a ir de encontro às necessidades de saúde da criança/jovem e família (Faria *et al.*, 2017), uma vez que a criança e a família possuem o direito a cuidados seguros (OE, 2015). Podemos considerar assim que o enfermeiro assume um papel de grande importância na promoção da segurança da criança e dos cuidados prestados, atuando ao nível da manutenção de um ambiente seguro, agindo de acordo com as orientações recomendadas e participando de forma ativa na avaliação dos riscos e na resolução de situações que possam ter consequências negativas para a criança (OE, 2015).

1.3 O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

Uma vez que o TIP se insere na Linha de Investigação “Segurança e Qualidade de vida”, é essencial compreender os riscos existentes nesta área, bem como, desenvolver ações que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados realizados no TIP e a segurança da criança/jovem, família e dos restantes intervenientes. Segundo Faria *et al.* (2017), promover a segurança das crianças no transporte de ambulância permite melhorar os conhecimentos na área da saúde e da segurança, promover a responsabilização dos profissionais e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, obtendo-se assim ganhos em saúde.

Neste contexto importa definir alguns conceitos: a **transferência** diz respeito ao processo, temporário ou definitivo, de encaminhamento físico da criança do serviço/instituição de origem para o serviço/instituição de destino; o **transporte** consiste na deslocação da criança associada à realização de uma prestação de cuidados de saúde, cuja origem e destino sejam estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de forma a garantir a continuidade e nível dos cuidados adequados, aplicando-se as recomendações para o transporte de doentes críticos, emanadas pela Ordem dos Médicos [OM] e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI]; o **serviço de origem** diz respeito ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde onde é elaborado o primeiro plano de cuidados à criança, na presença de determinada necessidade de prestação de cuidados de saúde; o **serviço de destino** é o estabelecimento prestador de cuidados de saúde para onde é transferida a criança para continuidade da prestação de cuidados de saúde. (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2020)

O transporte de doentes de um hospital para outro existe desde os tempos mais antigos, realizado por militares em situação de guerra para transferir feridos (Cunha, Estrada & Abecasis, 2022). O transporte de um doente para outro serviço ou unidade hospitalar surge da necessidade de proporcionar ao doente cuidados mais diferenciados, para ser assistido por uma equipa especializada numa determinada área, ou ainda, para realizar exames auxiliares de diagnóstico ou tratamentos, não existentes no serviço ou hospital de origem (OM & SPCI, 2008; Cunha *et al.*, 2022). Odetola & Gebremariam (2019) afirmam também que o transporte inter-hospitalar revela a existência de uma incompatibilidade entre as necessidades do paciente e os recursos disponíveis no local e tem como intuito obter melhores resultados para a criança em tempo útil. O transporte de doentes divide-se em pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar (Cunha *et al.*, 2022). No entanto, o transporte do doente em situação considerada crítica acarreta alguns riscos pelo que a decisão do transporte deve ser ponderada e refletida, tendo em conta os possíveis riscos e benefícios para o doente (OM & SPCI, 2008).

Faria *et al.* (2017) referem que o transporte de crianças em ambulâncias está ainda pouco estudado não só no nosso país, mas em todo o mundo. Segundo os autores a ambulância constitui um ambiente complexo, no qual podem ocorrer graves danos para os ocupantes no caso de acidente, principalmente na ausência de sistemas de retenção e normas de segurança adequadas. A OM & SPCI (2008) reiteram a importância do desenvolvimento de recomendações sobre o transporte pediátrico e acrescentam ainda que este deve ser realizado por equipas com

formação específica. Cunha *et al.* (2022) reiteram que o transporte realizado por uma equipa especializada permite reduzir o risco de complicações, a morbilidade e a mortalidade do doente em situação crítica.

Em Portugal existe um serviço do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] específico para o transporte entre unidades de saúde de recém-nascidos [RN] e crianças doentes em situação crítica, possuindo todo o equipamento que é preciso para a estabilização clínica de doentes em idade pediátrica, até chegarem à unidade de destino. Este serviço denomina-se por Transporte Inter-hospitalar Pediátrico – TIP e é constituído por uma equipa com médico, enfermeiro e técnico de emergência pré-hospitalar, com experiência e formação específica para a prestação de cuidados e transporte pediátrico. (MS, 2017; Cunha *et al.*, 2022). Estas equipas integram-se nas instituições do SNS com unidades de cuidados intensivos neonatais/pediátricos, na região do Norte, Centro e Sul (estas últimas em Lisboa e outra Faro) (INEM, 2015). Deste modo os meios TIP permitem abranger todo o território nacional durante 24 horas por dia (MS, 2017).

A missão do serviço TIP do INEM é “a deslocação rápida de uma equipa de transporte de doente crítico urgente em idade pediátrica, a estabilização clínica dos recém-nascidos e/ou crianças gravemente doentes e o transporte acompanhado para a unidade de saúde disponível adequada ao estado clínico.” (INEM, 2015, p.4) O TIP possibilita que a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] preste cuidados intensivos pediátricos de qualidade e de forma célere às crianças em situação crítica no hospital de origem e mantenha esse nível de cuidados durante o transporte (Cunha *et al.*, 2022), permitindo assim a redução da morbilidade e da mortalidade em idade pediátrica (INEM, 2015).

No relatório anual dos meios de emergência médica de 2020 (INEM, 2020c) podemos verificar que em 2020 as TIP tiveram 1023 acionamentos, o que corresponde a uma média de 4 acionamentos por dia. No que se refere aos motivos de transferência, no ano de 2019, a maioria dos transportes realizados pela TIP Algarve deveram-se a prematuridade/transferências da UCI Neonatal, transferências da UCI Pediátrica e por cirurgia pediátrica/neonatal (Transporte Inter-hospitalar Pediátrico [TIP] Algarve, 2019).

É importante perceber como funcionam estes serviços em Portugal, os dados reais relativos à sua atuação e o seu impacto na morbilidade e mortalidade infantil. Importa também ter noção

de que quando estes serviços não estão disponíveis em tempo útil, ou não estão indicados, surgem outras soluções como o transporte das crianças noutras ambulâncias, com acompanhamento de enfermeiros, e de médicos (se necessário), da instituição de onde a criança vai ser transferida, o que constitui um desafio para a própria equipa. De acordo com a situação clínica da criança, urgência do transporte e disponibilidade de recursos, o transporte inter-hospitalar pode ser assegurado por uma equipa do hospital de origem ou por uma equipa especializada em transporte (Cunha *et al.*, 2022).

Segundo Faria *et al.* (2017) a falta de normas e protocolos sobre o transporte das crianças em ambulância, nomeadamente sobre o uso de SRC adequados, dificulta o trabalho dos enfermeiros que acompanham muitas vezes crianças em estado crítico e pode até colocar em causa a segurança do transporte, constituindo por isso, um desafio e uma preocupação para estes profissionais.

A legislação existente em Portugal, nomeadamente o artigo 26.º da Portaria nº 260/2014 de 15 de dezembro (2014), define que nas ambulâncias “é obrigatório o cumprimento do disposto no Regulamento de Homologação dos Cintos de Segurança e Sistemas de Retenção dos Automóveis em vigor” (p.10). No entanto, num estudo sobre o transporte de crianças em ambulâncias no nosso país, Faria *et al.* (2017) evidenciaram alguns aspetos que podem comprometer a segurança do transporte, nomeadamente a falta de conhecimento sobre as medidas de segurança por parte dos profissionais que realizam o transporte de crianças, bem como, a indisponibilidade de SRC adequados nas ambulâncias, podendo aumentar o risco de danos associados ao transporte.

Deste modo, Faria *et al.* (2017) concluíram que é preciso realizar ações de formação e sensibilização ao nível dos profissionais e das instituições sobre o uso de SRC nas ambulâncias, adequando-os à situação clínica da criança e sobre a necessidade de ter disponíveis os SRC nas ambulâncias ou nos serviços, de forma a serem usados na iminência de um transporte inter-hospitalar. A OMS (2018) defende também que uma correta utilização dos SRC permite reduzir consideravelmente o risco de ferimentos graves e a mortalidade infantil.

Assim, destaca-se a importância de desenvolver projetos que possam dar resposta a esta problemática, de forma a desenvolver as competências dos enfermeiros que intervêm no transporte inter-hospitalar para a prestação de cuidados às crianças em situação crítica,

antevendo e intervindo sobre possíveis riscos e complicações, bem como criar estratégias para que os recursos e equipamentos necessários estejam disponíveis nos serviços.

Com o intuito de mapear as intervenções que promovam a qualidade e a segurança da criança/jovem no TIP foi realizada uma revisão *Scoping* através da metodologia preconizada pelo Instituto *Joanna Briggs* [JBI], de modo a compilar em todo o leque de literatura científica, a evidência clara e atual na área do transporte inter-hospitalar em pediatria (apêndice I). Com base nos artigos selecionados chegámos à conclusão que a formação sobre o transporte pediátrico aos profissionais de saúde que participam no transporte, contribui de forma positiva para a segurança da criança/jovem, para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o sucesso do próprio transporte. Concluímos ainda que a formação deve incidir sobre as formas de transportar a criança em segurança na ambulância, sobre o planeamento do transporte, Suporte Avançado de Vida Pediátrico [SAVP], uso de fármacos usados em emergências pediátricas, ventilação e complicações relacionadas com o transporte. É essencial desenvolver normas e procedimentos que orientem e uniformizem a prática do TIP. (MacLaren & Peters, 2016; Breathnach & Lane, 2017; Faria *et al.*, 2017; Prabhudesai *et al.*, 2017). Para além disso, de acordo com Prabhudesai *et al.* (2017) a realização do transporte pediátrico por equipas especializadas na área da pediatria pode reduzir a incidência de efeitos adversos e complicações durante o transporte. Cunha *et al.* (2022) sustentam esta afirmação.

Breathnach & Lane (2017) apresentam um projeto de melhoria da qualidade no TIP, desenvolvido num hospital da Irlanda, onde evidenciaram uma lacuna existente entre as normas nacionais e internacionais e, a prática clínica no transporte de crianças. Posto isto desenvolveram um projeto de melhoria da qualidade, das normas clínicas e das competências dos enfermeiros. De acordo com estes autores, a formação garante que as normas sobre o transporte pediátrico sejam monitorizadas e revistas, de forma a obter melhores resultados clínicos. Acrescentam ainda que os enfermeiros constituem um elemento vital na equipa multidisciplinar que envolve o TIP, devendo possuir conhecimentos, competências e experiência necessária para prestar cuidados às crianças em situação de risco. Devem ainda realizar treino no sentido de estarem familiarizados com os equipamentos a usar no transporte, uma vez que o facto de não estarem familiarizados com os equipamentos, como por exemplo o ventilador, pode comprometer a segurança do transporte. (Breathnach & Lane, 2017)

Os autores recomendam para a melhoria da qualidade do TIP, que seja feita formação aos profissionais, sobre a gestão de riscos, sobre a utilização de equipamentos, competências de reanimação pediátrica, farmacologia pediátrica e trabalho em equipa. Defendem ainda a criação de grupos de trabalho, que sejam motivadores da mudança e do trabalho em equipa para a melhoria. Concluíram através deste estudo que a formação em SAVP deve ser obrigatória para todos os enfermeiros que realizem transporte pediátrico. (Breathnach & Lane, 2017). De acordo com o *American College of Critical Care Medicine* cada hospital deve elaborar o seu próprio plano de transporte intra e inter-hospitalar de doentes críticos, devendo esse plano incluir uma equipa de reanimação especializada em pediatria (Jouvet & Lacroix, 2010).

Com o aparecimento da Pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 e evolução da doença denominada por COVID-19, surgiram várias normas e orientações sobre os cuidados a ter com os doentes com suspeita e confirmação de COVID-19. Neste contexto torna-se pertinente e inevitável, abordar as medidas a adotar no transporte inter-hospitalar de crianças com suspeita ou confirmação de COVID-19, como forma de promover não só a segurança da criança / família, mas também dos profissionais de saúde e do próprio serviço. A norma nº 004/2020 da DGS reforça essa pertinência: “Considerando os desafios da época de outono-inverno, o crescimento epidémico da COVID-19 e o inevitável aumento da incidência de outras infeções respiratórias agudas” (...) “importa evoluir na abordagem e acompanhamento clínico dos doentes com suspeita e confirmação de COVID-19.” (DGS, 2020, p.1)

Segundo a Orientação Técnica nº 09/2020 atualizada a 20 de outubro do INEM (2020a), relativamente ao transporte é recomendada a utilização de proteções básicas de controlo de infeção em todas as situações (máscara cirúrgica ou preferencialmente máscara FFP2, sendo a FFP2 obrigatória em situação de suspeita por covid-19, proteção ocular, luvas e bata ou avental), e o uso de máscara cirúrgica por todos doentes/acompanhantes durante o transporte. Relativamente à ambulância, isolar a célula sanitária da cabine de condução, o ar condicionado se estiver ligado, deverá ser com função de extração (sem ligar a recirculação de ar) e só o material necessário é que deve estar à vista (INEM, 2020a). Além disso recomenda-se que os registos sejam feitos no final do transporte, após remover o equipamento e ter higienizado as mãos. Após o transporte deve ser feita a limpeza e desinfeção de todos os equipamentos e das superfícies com as quais o doente esteve em contacto e as portas da ambulância devem ser abertas para renovar o ar. (INEM, 2020b)

Sendo os enfermeiros que acompanham as crianças no TIP, a gestão dos riscos e promoção da segurança assume-se como um aspeto extremamente importante no dia-a-dia da prática de cuidados, promovendo um ambiente seguro, com benefícios para a criança/jovem e família, assim como para os profissionais de saúde.

1.3.1 Planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

Importa antever e perceber quais os riscos inerentes ao transporte, tanto para a criança/jovem e família, como para os profissionais, de modo a fazer um planeamento adequado e torná-lo mais seguro. De acordo com OM & SPCI (2008) o planeamento do transporte deve ser feito entre a equipa médica e enfermagem e nele devem ser tidos em conta os seguintes aspetos:

- Estabilização clínica e condição clínica da criança;
- Seleção do serviço de destino, contacto com o mesmo e distância/tempo de trajeto/meio de transporte;
- Acompanhamento no transporte;
- Necessidade de equipamento de proteção individual;
- Monitorização adequada da criança;
- Objetivos a manter no transporte;
- Medicação e equipamentos necessários durante o transporte;
- Identificação de riscos e medidas de prevenção;
- Antevisão de complicações que possam ocorrer no transporte e respetivas soluções.

As crianças gravemente doentes devem ser estabilizadas antes do início do transporte e os benefícios da transferência devem sobrepor-se aos riscos associados à mesma (OM & SPCI, 2008; Cunha *et al.*, 2022). Cunha *et al.* (2022) referem que deve ser feito contacto prévio com a equipa de transporte ou com o serviço de destino de forma a estabilizar clinicamente a criança antes do transporte. Os autores recomendam ainda a realização de uma avaliação sistemática da criança de forma a identificar e corrigir os problemas existentes. Deve-se selecionar o hospital e serviço de destino mais adequado às necessidades da criança, fornecer informações à criança e família solicitando o seu consentimento. (Cunha *et al.*, 2022).

A transferência inter-hospitalar deve obedecer às regras de referenciação legalmente estipuladas. Deve ter por princípio a articulação entre os vários níveis e tipos de cuidados e as diversas entidades que constituem o sistema de saúde devem complementar-se entre si. No caso de ausência de vaga na instituição de referência, a responsabilidade de encontrar uma vaga adequada às necessidades da criança será do serviço de origem, salvaguardando as competências do Centro de Orientação de Doentes Urgentes [CODU] do INEM, no âmbito do Despacho n.º 14041/2012 de 29 de outubro, no Diário da República, 2ª série, n.º 209 (ERS, 2020).

A responsabilidade sobre a criança durante o transporte é da equipa do serviço que encaminha a criança (Cunha *et al.*, 2022). De acordo com o Regulamento n.º 964/2020 da ERS (2020) compete ao serviço de origem: informar a família/representante legal acerca do motivo da transferência para outro serviço/instituição, devendo isso ser registado no processo clínico; estabelecer contacto prévio com o serviço de destino, informando sobre a situação clínica da criança, o motivo da transferência e assegurar a disponibilidade dos recursos necessários; assegurar a preparação do transporte e envio do relatório clínico da criança, incluindo imagem em registo digital, para o serviço de destino; transferir a criança com a respetiva carta de acompanhamento da transferência; coordenar e operacionalizar a transferência da criança; garantir a disponibilidade de meio de transporte, apropriado em tempo adequado, dotado dos recursos necessários e equipa de acompanhamento, de acordo com a situação da criança; garantir o transporte de regresso nas situações de transferência por um período inferior a 24 horas, salvo acordo entre as partes em sentido contrário.

O serviço de destino possui a responsabilidade de: receber a criança/família ou representante legal segundo o que tiver sido estabelecido previamente; garantir a qualidade e continuidade dos cuidados de saúde adequados às necessidades da criança e à sua situação

clínica; garantir a existência de recursos físicos, técnicos e humanos à prestação dos cuidados de saúde que a criança necessite (ERS, 2020).

A carta de acompanhamento da transferência deve conter toda a informação clínica necessária para assegurar a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados à criança, incluindo relatório clínico, exames médicos, diagnósticos, tratamento instituído e outras informações consideradas pertinentes (ERS, 2020).

A comunicação estabelecida entre as equipas permite transmitir informações e recomendações, de forma a otimizar os cuidados à criança e promover a sua continuidade (Cunha *et al.*, 2022). Segundo a Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro a transferência de informação sobre a criança deve ter por base a técnica *ISBAR* – *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Esta técnica permite uma comunicação eficaz da passagem de informação na transição de cuidados, promovendo a segurança do doente, neste caso da criança. (DGS,2017)

O enfermeiro garante a correta fixação e funcionamento de todos os acessos venosos, cateteres, tubos, cânulas, drenos e sistemas conectados. Em situações de trauma deve-se proceder à imobilização da criança se necessário (INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM], 2021).

No que diz respeito ao papel do enfermeiro nas transferências inter-hospitalares, relativamente ao acompanhamento e administração de terapêutica, o Parecer n.º 157/2009 – Acompanhamento de doentes nas transferências inter-hospitalares e administração de medicação não prescrita em situação de emergência – da OE (2015) esclarece que cabe ao próprio enfermeiro a decisão em “proceder ao acompanhamento do cliente em transferências inter-hospitalares”, tendo por base “o juízo sobre a situação apresentada, os eventuais riscos e a segurança do cliente durante o decurso do transporte, assumindo, igualmente, a responsabilidade pela decisão que tomou e pelo ato que praticou” (OE, 2015, p.165). Recomenda ainda que a decisão seja analisada e ponderada entre o médico e o enfermeiro intervenientes no processo de transferência, de modo a rentabilizar recursos e a assegurar a segurança dos doentes. Relativamente às situações em que pode ser necessário administrar terapêutica quando o doente é acompanhado pelo enfermeiro, mas não é acompanhado por médico e a situação clínica agrava durante o transporte, o Parecer conclui que:

“desde que o enfermeiro se confronte com um cliente em situação de emergência não prevista, a qual o faça correr risco de vida ou o afete gravemente e na ausência do médico, o enfermeiro, quando detentor da competência técnico-científica para tal e após ponderados os riscos e benefícios, deve administrar a terapêutica medicamentosa adequada à situação, assumindo a responsabilidade pela decisão que tomou e pelo ato que praticou. Se estas situações são conhecidas e frequentes, dever-se-á optar pela utilização de protocolos terapêuticos.” (OE, 2015, p.165)

2 PERCURSO ACADÉMICO: DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA

O estágio constitui uma etapa essencial para a formação na área da Enfermagem, permitindo vivenciar experiências importantes e ilustrativas do contexto da vida real. O estágio permite que o enfermeiro integre uma equipa de profissionais numa unidade de saúde, desempenhe intervenções de enfermagem, desenvolva o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões adequadas e desenvolva as competências necessárias para melhorar o seu desempenho no futuro. (Macedo, 2017).

O plano curricular do presente Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de forma a cumprir os requisitos colocados pela OE, para a aquisição do grau de mestre e atribuição do título de especialista, prevê a realização das unidades curriculares Estágio I e Estágio Final, de modo que o estudante desenvolva os seus conhecimentos, aptidões e competências inerentes ao respetivo grau/título. Neste contexto é esperado que o estudante demonstre capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, seja capaz de fundamentar as suas decisões de acordo com a teoria e a evidência científica, elaborar e avaliar o desenho e a implementação de um projeto e apresentar um relatório e respetiva discussão em provas públicas.

2.1 Estágio I

O estágio I enquadrou-se nos cuidados de saúde primários [CSP], numa Unidade de Saúde Familiar [USF], integrada num Agrupamento de Centros de Saúde [ACES]. O estágio decorreu de 15 de março a 23 de abril de 2021, num total de 162 horas de contacto.

Segundo o Decreto-lei n.º 73/2017 (2017), os CSP integram um elemento essencial do SNS, desempenhando funções de destaque na promoção da saúde e prevenção da doença, na prestação e manutenção de cuidados de saúde de qualidade à população.

O mesmo decreto-lei define as USF como unidades de prestação de cuidados de saúde, tanto individuais como familiares, por equipas multidisciplinares constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, dotadas de um determinado modelo organizacional e plano de ação, dispoindo de autonomia organizativa, funcional e técnica, integradas em rede juntamente com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde que integra.

O plano de ação das USF remete para o programa de atuação na prestação de cuidados de saúde personalizados e respetivo compromisso assistencial, os objetivos, indicadores e resultados a alcançar pela USF nas diversas áreas de desempenho, bem como o plano de formação e plano de incentivos organizacionais. (Decreto-lei n.º 73/2017)

As USF possuem como missão prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita, de uma área geográfica definida, assegurando o acesso, a globalidade, a qualidade e continuidade dos cuidados. (Decreto-lei n.º 73/2017)

2.1.1 O Local de Estágio

A USF onde decorreu o estágio I, é uma Unidade funcional de uma Unidade Local de Saúde, que serve uma população com cerca de 16 mil habitantes. (Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. [ARSA], 2016)

Esta USF é uma unidade acreditada de acordo com o modelo de acreditação do MS através do departamento da Qualidade da DGS, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e segurança dos utentes. (ARSA, 2016)

Tem como missão “prestar cuidados de saúde primários de forma personalizada, holística e acessível aos seus utentes, famílias e comunidade, baseados em graus elevados de competência técnico-científica” e visa “obter os melhores resultados na promoção da saúde e prevenção da doença, tendo em vista a satisfação dos interesses e necessidades de todos os intervenientes: utentes, famílias, comunidade e profissionais” (MS, 2021, s.p.)

A USF possui dois polos: uma sede e uma extensão de saúde. Dá resposta a 15.129 utentes inscritos, dos quais 15.127 têm médico de família atribuído. A USF é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por 9 médicos, 9 enfermeiros, 7 secretários clínicos, 4 assistentes operacionais e 5 internos, que se organizam em equipas nucleares de saúde, sendo que cada equipa dá resposta em média a cerca de 1659 utentes. (MS, 2021) Na equipa de enfermagem existem 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A Unidade funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 22 horas e aos sábados, domingos e feriados das 8 às 14 horas. O espaço físico da sede da USF é composto por dois balcões de atendimento administrativo, uma sala de espera, vários gabinetes de consulta para cada médico e enfermeiro, duas salas de tratamento, casas de banho para os utentes e para os profissionais, uma sala de refeições e de pausa para os profissionais. Possui ainda uma sala de amamentação. A sala de espera possui um espaço dedicado para as crianças, onde podem brincar enquanto esperam pelas consultas.

O sistema informático utilizado pelos enfermeiros é o SClínico, que permite registar e consultar toda a informação relacionada com as consultas, a vacinação, e permite a interligação entre os registos realizados pelo enfermeiro e pelo médico no processo clínico do doente, de forma a complementar a informação clínica. Este sistema informático permite ainda retirar dados estatísticos para avaliar os resultados dos indicadores.

A USF possui um plano de ação, no qual estão identificados os problemas existentes na população e os respetivos objetivos a atingir. A sua ação abrange a gestão da saúde e a gestão da doença. A gestão da saúde engloba a saúde da mulher (rastreamento cancro do colo do útero, planeamento familiar, saúde materna), a saúde do adulto, a saúde do idoso e a saúde infantil e juvenil. Por sua vez a gestão da doença engloba a Diabetes Mellitus, a hipertensão arterial, as doenças do aparelho respiratório e multimorbilidades e outros tipos de doença (doença aguda, cuidados de enfermagem e visita domiciliária). (MS, 2021)

Desta forma as consultas estão organizadas de forma a atuar nestas áreas e regem-se de acordo com as orientações do Plano Nacional de Saúde e dos vários Programas Nacionais de Saúde.

No que diz respeito à Saúde Infantil e Juvenil, na USF cada enfermeiro realiza as consultas de saúde infantil e juvenil das crianças que estão inscritas na sua equipa, acompanhando assim todo o desenvolvimento da criança desde o nascimento, e no futuro ao longo de todo o ciclo vital. As consultas de saúde infantil e juvenil têm por base as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ] e o Programa Nacional de Vacinação [PNV], da DGS. A programação das consultas de saúde infantil e juvenil é realizada de acordo com cronologia proposta no PNSIJ para as idades-chave da vigilância de saúde.

Segundo o PNSIJ esta cronologia proposta tem como objetivo adequar a prestação de cuidados de saúde de acordo com as fases do desenvolvimento físico, social e psicomotor da criança, com a alimentação, a escolaridade, o PNV, bem como, aproveitar as oportunidades em que a criança recorre aos serviços por outros motivos. Desta forma reduzem-se o número de deslocações às unidades de saúde. (DGS, 2013).

Na USF durante a altura da pandemia por SARS-CoV-2, reduziu-se o número de consultas de saúde infantil e juvenil, dando-se prioridade às consultas que coincidiam com o esquema de vacinação, de modo a manter o plano de vacinação das crianças atualizado de acordo com o PNV e a diminuir o número de deslocações das crianças ao serviço.

Nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, são também abordados os cuidados antecipatórios, com vista à promoção da saúde e prevenção de complicações, fornecendo aos pais o conhecimento necessário, para promover o desenvolvimento saudável da criança e o exercício da parentalidade. (DGS, 2013)

O PNSIJ realça ainda a importância de detetar precocemente, vigiar e encaminhar situações complexas que possam comprometer a saúde da criança, como por exemplo casos de maus-tratos, ou perturbações emocionais e do comportamento, de forma que sejam prevenidas ou corrigidas atempadamente.

Na prática, a equipa multidisciplinar da USF articula-se com outros profissionais e outras instituições da comunidade, como por exemplo o Agrupamento de Escolas e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ], de forma a dar resposta às necessidades das crianças.

2.1.2 Reflexão sobre a aprendizagem

A realização do estágio I tinha como objetivos que o estudante ao longo do estágio, fosse capaz de desenvolver, mobilizar e integrar competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e a gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, nomeadamente: assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde; promover o desenvolvimento e crescimento da criança/jovem; implementar e gerir um plano de saúde promotor da parentalidade e da saúde; diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco que afetem a vida/qualidade de vida da criança/jovem; e prestar cuidados específicos ao longo do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem, nas situações de especial complexidade.

Como preparação inicial, desta fase de formação, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o plano nacional de saúde, o PNSIJ, o PNV, programa nacional para a promoção da alimentação saudável, guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, normas e orientações da DGS na área da saúde da criança/jovem, regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, desenvolvimento e crescimento infantil, psicologia do desenvolvimento infantil, entre outros. Esta pesquisa permitiu desenvolver e mobilizar conhecimentos na área, o que foi uma mais-valia no planeamento e na realização nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil na USF ao longo do estágio.

Devido à pandemia por SARS-CoV-2, foram desmarcadas algumas consultas, entre as quais consultas de vigilância de saúde infantil, optando-se por dar prioridade às consultas que coincidiam com esquema de vacinação, de forma a não atrasar a vacinação das crianças. Posto isto, no início do estágio, juntamente com a enfermeira tutora, tivemos oportunidade de reagendar as consultas de vigilância de saúde infantil que estavam em atraso, para o período do estágio, de modo a participar num maior número de consultas, ter mais oportunidades de aprendizagem, ter contacto com mais crianças/jovens e família, de forma a usufruir ao máximo do período de estágio e a aplicar as competências do enfermeiro EESIP.

Ao longo do estágio realizámos consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil a crianças/jovens de várias idades, em diferentes estadios de desenvolvimento. Nas consultas

efetuámos várias intervenções de enfermagem de acordo com os objetivos e orientações do PNSIJ. Avaliámos o crescimento e desenvolvimento infantil através de vários parâmetros: peso, altura, índice de massa corporal, perímetro cefálico, visão, audição, exame físico, Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, de acordo com a idade da criança/jovem.

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada consiste num instrumento de avaliação do desenvolvimento para as crianças dos 0 aos 5 anos de idade, na qual são avaliadas as seguintes áreas: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição, linguagem, comportamento e adaptação social. A aplicação desta escala possui como vantagens ser fiável, precisa e de utilização rápida (OE, 2010).

Além do que já foi referido, nas consultas realizámos a vacinação das crianças de acordo com o PNV e outras vacinas extraplano, de acordo com prescrição médica e realizámos ensinamentos às crianças/jovens e família sobre a vacinação. Segundo o PNSIJ o incentivo ao cumprimento do PNV e a preservação do estado vacinal das crianças, dos jovens e da restante população são fundamentais. Recomenda ainda a harmonização das consultas de saúde infantil com o esquema de vacinação com vista a minimizar as deslocações aos serviços de saúde. (DGS, 2013)

A vacinação da criança desencadeia por vezes alguma ansiedade na criança e nos pais por envolver um procedimento doloroso para a criança. Por este motivo foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre técnicas de alívio da dor nos procedimentos dolorosos. Sempre que possível, nesses momentos foram usadas técnicas de alívio da dor, como por exemplo a distração, a amamentação, a aplicação de frio, administração de sacarose, entre outras, de acordo com a idade da criança e segundo a Orientação nº 014/2010 da DGS: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Isso permitiu minimizar a ansiedade da criança e dos pais relacionada com a dor durante o momento da vacinação.

Foram abordados os cuidados antecipatórios de acordo com o PNSIJ, segundo a idade das crianças, nomeadamente, a alimentação, a saúde oral, a higiene, os hábitos de sono e repouso, hábitos intestinais, atividades promotoras do desenvolvimento em cada idade, segurança e prevenção de acidentes, sintomas e sinais de alerta, relação emocional e social, comportamento, atividade física, dia-a-dia na escola, entre outros.

O PNSIJ dá ênfase aos cuidados antecipatórios de modo a promover a saúde e prevenir a doença, transmitindo aos pais as informações necessárias ao desempenho e exercício da parentalidade e à proteção dos direitos da criança (DGS, 2013). A parentalidade refere-se a assumir a responsabilidade de ser mãe/pai e ao desenvolvimento de comportamentos que sejam promotores de um crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis (OE, 2010).

Segundo Baptista et al. (2015) os profissionais de saúde, como o enfermeiro, desempenham um papel preponderante na responsabilização dos pais, estimulando-os à adoção de comportamentos saudáveis, com repercussões positivas na saúde da criança.

Na realização das consultas, sempre que verificámos a presença de alterações na avaliação do crescimento e/ou desenvolvimento da criança, realizámos o respetivo encaminhamento para o médico de família e quando necessário para outros profissionais. O facto de a consulta de enfermagem coincidir com a consulta médica facilita a deteção e encaminhamento precoce de alterações no desenvolvimento infantil ou de outras situações que possam afetar negativamente o bem-estar e saúde da criança, de forma que sejam corrigidas atempadamente.

No estágio I são consideradas além das competências clínicas, competências de investigação, pelo que incluiu como forma de avaliação da unidade curricular a elaboração de um estudo de caso.

Segundo Figueiredo & Amendoeira (2018) o estudo de caso é um método de investigação usado no ensino de enfermagem com o objetivo de compreender, explorar ou descrever situações com alguma complexidade. A elaboração do mesmo permite que o enfermeiro observe, compreenda, estude e descreva uma situação, tendo por base uma colheita de dados e outras fontes de informação, identificando problemas de forma a tomar decisões e encontrar soluções apropriadas (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Posto isto, decidimos abordar para a realização do estudo de caso (a capa e o planeamento de cuidados encontram-se no apêndice II), uma situação de uma criança de 7 anos, que recorreu à consulta de vigilância de saúde infantil acompanhada da mãe. Trata-se de uma criança acompanhada na consulta de saúde infantil, desde o nascimento, com antecedentes de uma doença genética rara denominada de Síndrome de Rubinstain Taybi. Esta síndrome tem impacto a vários níveis da vida da criança, nomeadamente, alterações a nível físico, no crescimento e no

desenvolvimento infantil, na aprendizagem, na linguagem, com défices a nível motor, cognitivo e social (Marecos, Cunha & Carreiro, 2014).

Por se considerar uma situação complexa com necessidade de intervenção a vários níveis, considerámos pertinente a elaboração do estudo de caso neste contexto, uma vez que o enfermeiro EESIP “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (...) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (...) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p.19192). Para além disso o enfermeiro EESIP dá resposta a doenças raras com cuidados de enfermagem adequados, intervém de acordo com as necessidades de cuidados da criança recorrendo aos recursos comunitários existentes, reconhece situações de risco e promove o crescimento e desenvolvimento da criança (OE, 2018).

O estudo de caso foi realizado de acordo com os princípios do processo de enfermagem, uma vez que este permite avaliar a situação em torno da criança, identificar as necessidades e os problemas existentes e posteriormente planear os cuidados de enfermagem com eficácia, de acordo com as necessidades específicas da criança. Segundo Doenges & Moorhouse (2010) o processo de enfermagem consiste num método científico que permite uma abordagem organizada de resolução de problemas, para uma prestação de cuidados de enfermagem individualizados, com vista a satisfazer eficazmente as necessidades da criança/jovem.

É importante realçar a relação de parceria de cuidados que estabelecemos com a criança e a família, neste caso a mãe, que facilitou a realização da colheita de dados, a apreciação inicial e a apreciação da família, que incluiu a elaboração do genograma, do ecomapa e a escala de *Graffar* da família, permitindo compreender melhor a estrutura e dinâmica familiar. Tudo isso, juntamente com a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, permitiu realizar uma ampla avaliação da situação e posteriormente estabelecer diagnósticos de enfermagem adequados e um planeamento de cuidados que fosse de encontro às necessidades da criança.

Assim, a realização do estudo de caso possibilitou aprofundar e mobilizar conhecimentos acerca da metodologia, do processo de enfermagem, da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], do PNSIJ, do Síndrome de *Rubinstein-Taybi* e do desenvolvimento infantil, entre outros. Verificámos que se trata de uma situação bastante complexa e com necessidade de intervenção personalizada a vários níveis.

É de realçar o papel do enfermeiro EESIP por todas as competências que possui, que lhe permitem intervir numa situação de elevada complexidade como esta, de forma a detetar e encaminhar precocemente alterações que possam interferir com o desenvolvimento saudável da criança, bem como desenvolver estratégias promotoras da saúde da criança. A sua intervenção é fundamental não só junto da criança/jovem e família, mas também na articulação com a equipa multidisciplinar e com os serviços da comunidade de modo a satisfazer as necessidades da criança/jovem e família.

Tendo em conta a curta duração do estágio, o estudo de caso foi discutido e entregue à enfermeira orientadora para que fosse dada continuidade ao plano de cuidados de enfermagem.

Seguindo a Linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, ao longo das consultas de saúde infantil, foram abordados vários assuntos e realizados ensinamentos sobre a promoção da segurança da criança/jovem e a prevenção de acidentes, em diferentes etapas etárias e diferentes contextos: na própria casa, na casa de familiares ou da ama, na escola, na rua, no carro, nas férias, etc., sensibilizando a criança/jovem e a família sobre as medidas de segurança a adotar em diferentes situações e sobre o que fazer em caso de acidente. Verificámos que os pais se mostraram interessados e receptivos aos ensinamentos realizados nesta área.

Ao longo do estágio realizámos também outras atividades, nomeadamente consultas de enfermagem de vigilância de hipertensão arterial e diabetes mellitus, consultas de saúde materna e planeamento familiar, consultas e cuidados de enfermagem em visitas ao domicílio, agendamento de vacinação no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2, reposição de material e fármacos, entre outras, o que permitiu compreender melhor a dinâmica do serviço, a gestão do serviço e o dia-a-dia do enfermeiro especialista numa USF.

As várias atividades realizadas ao longo do estágio, confrontando a prática clínica com o planeamento dos cuidados de enfermagem, com a evidência científica, permitiu desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro EESIP e das competências de mestre, que serão aprofundadas posteriormente.

A orientação da enfermeira e do professor orientador ao longo do estágio e nos momentos de avaliação permitiram mobilizar e aprofundar os conhecimentos e as competências do

enfermeiro EESIP, bem como uma reflexão crítica conjunta sobre a prática clínica e a evolução do processo de aprendizagem, de forma a melhorar a prestação de cuidados ao longo das seis semanas de estágio.

No sentido de dar resposta à implementação do projeto de intervenção em serviço, tendo por base a Linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, verificou-se a necessidade de reorganizar o material de emergência, pelo que foi feita uma proposta de reorganização do material de emergência (apêndice III), de forma a melhorar os cuidados de enfermagem às crianças em situação de doença súbita grave ou emergente. De acordo com a orientação nº008/2011 da DGS (2011) o carro de emergência deve existir em todas as unidades de saúde frequentadas por doentes com doenças agudas ou crónicas que possam sofrer agravamento. O carro de emergência deve seguir a *check-list* incluída na orientação (ver anexo I). O desfibrilhador deve ser testado diariamente (ver anexo II) e sempre que o carro de emergência for usado deve-se realizar o respetivo registo no anexo 4 da orientação referida (ver anexo III).

2.2 Estágio Final

Na unidade curricular estágio final pretende-se que o estudante desenvolva, mobilize e integre conhecimentos e competências científicas, técnicas e humanas com vista ao planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

2.2.1 Os Locais de Estágio

O estágio final dividiu-se em 3 módulos, cada um com duração de 6 semanas: serviço de medicina intensiva pediátrica e neonatal, serviço de urgência pediátrica e internamento de pediatria.

2.2.1.1 Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal

O primeiro contexto do estágio final decorreu no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal integrado num Centro Hospitalar, constituído por três Unidades Hospitalares, durante o período de 26 de abril a 4 de junho de 2021.

O Centro hospitalar garante a prestação de cuidados de saúde a um total de 16 concelhos, a cerca de 450000 habitantes, podendo aumentar sazonalmente na altura do verão. Presta ainda cuidados de saúde a outros distritos do país se necessário e desde que tenha vagas disponíveis. (MS, 2022a).

O serviço de medicina intensiva pediátrica e neonatal presta cuidados de saúde diferenciados a RN pré-termo com mais de 24 semanas até ao 28º dia de vida, e a crianças até aos 17 anos e 364 dias de idade com necessidade de internamento em UCI. O serviço situa-se junto ao serviço de obstetrícia e da sala de partos, possuindo acesso à mesma para que a transferência dos RN para a unidade seja feita de forma célere. O serviço é composto por um quarto para os pais, um gabinete de enfermagem, um gabinete médico, sala de reuniões, uma sala de preparação de medicação, uma sala de preparação e armazenamento de leites, uma copa, uma sala de cuidados intensivos pediátricos, uma sala de cuidados intensivos neonatais, uma sala de cuidados intermédios neonatais e uma sala de berços. À entrada existe uma zona onde os pais realizam a higiene das mãos, guardam os seus objetos pessoais e se equipam com equipamento de proteção individual antes de entrarem na unidade. O serviço possui 12 vagas em incubadoras (5 vagas de cuidados intensivos e 7 vagas de cuidados intermédios), 1 vaga para cuidados intensivos pediátricos e 4 vagas na sala de berços. Durante a pandemia por SARS-CoV-2 o serviço sofreu alterações e foi criada uma vaga para cuidados intensivos pediátricos COVID e 1 vaga cuidados intensivos neonatais COVID, pelo que temporariamente a sala de berços passou para o piso do internamento de pediatria. O serviço possui ainda dentro da unidade de neonatologia uma incubadora preparada para situações de emergência.

O gabinete de enfermagem é separado da sala de cuidados intensivos neonatais por uma parede de vidro que permite contacto visual direto para onde estão os RN. Além disso possui uma central de monitorização que permite visualizar todos os monitores cardiorrespiratórios dos vários postos e os respetivos alarmes.

A equipa de enfermagem é constituída por 43 enfermeiros, incluindo a enfermeira em funções de chefia, dos quais 18 enfermeiros especialistas (17 enfermeiros EESIP e 1 enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação). A distribuição dos RN internados pelos enfermeiros é realizada em cada um dos turnos pelo enfermeiro que é responsável em cada turno.

Os cuidados são prestados de acordo com o Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato [NIDCAP]. O NIDCAP consiste numa filosofia de cuidados centrados no desenvolvimento do RN e na família, de forma holística, em que são valorizados todos os sinais do RN de forma a adequar os cuidados a esses sinais e ao comportamento do RN. (Guimarães, 2015)

O serviço possui um sistema que monitoriza o ruído dentro da unidade e alerta quando o ruído atinge um determinado nível de intensidade, para que os profissionais se apercebam da necessidade de reduzir o ruído.

O ambiente nas unidades de neonatologia (a luz, o ruído) e as próprias intervenções ao RN constituem experiências sensoriais negativas, principalmente para os prematuros, cujo cérebro é extremamente imaturo. O NIDCAP visa por isso, diminuir o impacto dessas experiências no desenvolvimento cerebral do RN e simultaneamente promover a parceria de cuidados, o respeito pelo RN e pela família, o aleitamento materno, o contacto pele a pele, a presença dos pais, personalizando todos os cuidados a cada RN e a cada família. (Guimarães, 2015)

Assim é necessário que o enfermeiro possua os conhecimentos e as competências necessárias para conseguir observar os sinais e o comportamento de cada RN de modo a personalizar os cuidados, minimizando o impacto do ambiente e das intervenções no RN e promovendo a parceria de cuidados com os pais. O enfermeiro EESIP desempenha aqui um papel de destaque, dentro da sua área de competências, ao prestar cuidados personalizados numa situação de tão elevada complexidade como a do RN prematuro, com necessidades tão específicas.

Por todos estes aspetos, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o programa NIDCAP, a prematuridade, os cuidados ao RN prematuro, o desenvolvimento visual do RN prematuro e a luz, os cuidados cutâneos ao RN prematuro, o risco de infeção, a nutrição entérica

e parentérica no RN pré-termo, a ventilação invasiva e a ventilação não invasiva no RN pré-termo, os cuidados ao RN com hiperbilirrubinemia, entre outros. Essa pesquisa permitiu-me compreender melhor as necessidades do RN nessas situações específicas, refletir sobre o trabalho do enfermeiro, prestar cuidados de enfermagem especializados de acordo com as necessidades e com evidência científica e refletir sobre a minha prestação de cuidados, de forma a evoluir ao longo do estágio.

Ao longo do estágio desenvolvi conhecimentos e competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da neonatologia. Colaborei e prestei cuidados de enfermagem especializados ao RN e família em situações de especial complexidade: RN com hiperbilirrubinemia; RN com taquipneia transitória; RN com necessidade de ventilação mecânica – ventilação sincronizada com pressão de suporte, ventilação de alta frequência; RN com necessidade de ventilação não invasiva – Continuous Positive Airway Pressure [CPAP] simples e CPAP bifásico (com dois níveis de pressão positiva); colaboração na colocação de cateter epicutâneo (cateter central de inserção periférica) ao RN, prestei cuidados de higiene ao RN pré-termo, cuidados de enfermagem ao RN com alimentação entérica e também com alimentação parentérica, cuidados ao RN com síndrome de abstinência neonatal filho de mãe toxicod dependente, entre outros). Realizei ensinamentos aos pais sobre os cuidados de higiene, conforto, alimentação, sinais de alarme, segurança do RN, aleitamento materno, promovendo o desenvolvimento infantil e a vinculação.

Durante o estágio tive também oportunidade de colaborar na preparação do RN para o transporte inter-hospitalar com a equipa TIP do INEM, desenvolver conhecimentos sobre o transporte pediátrico, conhecer a ambulância TIP, os recursos que possui e o funcionamento da equipa. A equipa encontra-se integrada no serviço dentro da unidade hospitalar desde 2014 através de uma parceria entre o INEM e o centro hospitalar (MS, 2014), é constituída por um enfermeiro, um médico e um técnico de emergência pré-hospitalar e assegura suporte avançado de vida pediátrico neonatal e o transporte de RN e crianças até aos 17 anos e 365 dias, com necessidade de cuidados intensivos neonatais ou pediátricos do hospital de origem para outra unidade hospitalar (MS, 2013).

Ao longo do estágio tive também oportunidade de participar nas sessões de formação em serviço que decorreram durante o estágio, nomeadamente sobre a temática dos cuidados

paliativos neonatais. Assisti ainda à sessão de formação aos pais no âmbito da preparação para a alta do RN, de forma a promover a segurança do RN após a alta.

Ainda no que se refere à segurança, importa referir que o serviço possui portas trancadas com sistema de segurança e câmara de vigilância à entrada, para a segurança dos RN internados.

A realização do estágio proporcionou-nos aprofundar, desenvolver e colocar em prática competências na área da especialidade da enfermagem de saúde infantil e pediátrica e contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futuros enfermeiros EESIP. De entre os momentos que mais marcaram no estágio destaca-se a prestação de cuidados a um RN em cuidados paliativos e à família e a prestação de cuidados ao RN com síndrome de abstinência neonatal, filho de mãe toxicod dependente, pelos sinais e sintomas que apresentava e também pela ausência dos pais no serviço, que se limitavam a solicitar informação via telefone. São situações muito complexas em que se acentua a importância do papel do enfermeiro EESIP, nos cuidados que presta ao RN e à família, no envolvimento e na parceria com a família, na observação da relação que a família estabelece com o RN, na articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar, como por exemplo com o serviço social e na importância dos registos de enfermagem.

Reportando-nos ao projeto de intervenção em serviço, durante este estágio desenvolvemos conhecimentos acerca do TIP, colaborámos na preparação do RN para o transporte juntamente com a equipa TIP do INEM que está integrada no serviço. Tivemos assim oportunidade de conhecer o meio TIP do INEM e compreender a dinâmica e missão do mesmo.

2.2.1.2 Serviço de Urgência Pediátrica

O segundo contexto do estágio final decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica integrado numa Unidade Local de Saúde, durante o período de 7 de junho a 16 de julho de 2021. A Unidade Local de Saúde abrange uma área de influência com uma área geográfica de 8.542,7 Km², composta por 13 concelhos e dá resposta a uma população de cerca de 117.868 habitantes (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA], 2018).

No que se refere aos cuidados de saúde hospitalares, o Hospital onde se insere o Serviço de Urgência Pediátrica, tem um perfil médico-cirúrgico e assegura a prestação de cuidados de

saúde diferenciados. O Serviço de Urgência Pediátrica encontra-se integrado no Serviço de Urgência Geral Médico Cirúrgico do Hospital. Tem como objetivo prestar cuidados médicos e cirúrgicos emergentes ou urgentes a todas as crianças e jovens com idade inferior a 18 anos que recorrem ao serviço ou que são encaminhadas de outros serviços, como por exemplo dos serviços de urgência básicos, dos cuidados de saúde primários, da Linha Saúde SNS 24, entre outros. O Serviço de Urgência de Pediatria funciona diariamente durante 24 horas por dia e articula-se com outros serviços e outras unidades de saúde sempre que necessário.

O serviço é composto por uma sala de espera, um gabinete de triagem, uma sala de inaloterapia, uma sala de emergência, uma sala de preparação de terapêutica, dois gabinetes médicos, uma sala de serviço de observação [SO] com duas vagas, uma em cama e outra em berço e uma casa de banho.

Durante a pandemia por SARS-Cov-2 foi criado um circuito covid, para dar resposta a crianças e jovens com sintomatologia do foro respiratório. Este serviço está a funcionar em contentores pré-fabricados e inclui: uma sala de espera, um gabinete de triagem, um gabinete para realização de testes covid-19, um gabinete médico, uma casa de banho, uma sala de emergência e de preparação de terapêutica, um armazém e dois gabinetes de SO, um com maca e outro com berço.

A equipa de enfermagem é composta por 20 enfermeiros, dos quais 4 possuem especialização em saúde infantil e pediátrica. Uma vez que o serviço se encontra integrado no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, há enfermeiros que executam funções tanto no Serviço de Urgência Pediátrica como no Serviço de Urgência Geral. São escalados três enfermeiros em cada turno, distribuídos pela triagem, pela urgência pediátrica e outro no setor da urgência pediátrica covid, rendendo-se estes últimos entre si.

A restante equipa multidisciplinar é composta por médicos, pediatras, assistentes operacionais e administrativos. Sempre que necessário são chamados médicos de outras especialidades (cirurgia, ortopedia, obstetrícia ou pedopsiquiatria).

O Serviço de Urgência Pediátrica possui um sistema de Triagem de Manchester, realizada por um enfermeiro que possua curso de Triagem de Manchester, de forma a atribuir uma prioridade no atendimento das situações mais graves (ULSBA, 2022).

Antes da triagem é realizada previamente uma pré-triagem por um enfermeiro, de forma a alocar a criança ou jovem, ao circuito covid ou ao circuito não covid, de acordo com os sinais, os sintomas e a situação clínica que apresenta.

Sempre que é internada uma criança ou jovem, no SO ou no Serviço de Pediatria é realizado previamente teste de despiste de SARS-Cov-2 à criança ou jovem e ao familiar que ficará a acompanhar durante o internamento.

Durante o estágio tivemos oportunidade de prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados, urgentes ou emergentes a crianças/jovens e família, em variadas situações de doença ou de trauma: doenças respiratórias, doenças do foro mental, doenças do foro gastrointestinal, doenças metabólicas, doenças crónicas, quedas e outros traumatismos, intoxicações, entre outras.

Foram realizadas várias intervenções de enfermagem à criança/jovem e família, nomeadamente vigilância e registo de sinais vitais, realização de colheitas amostras de sangue, urina, fezes ou secreções para realização de exames auxiliares de diagnóstico, cuidados e tratamentos de feridas, colocação de sonda nasogástrica, cateterização vesical, cateterização venosa periférica, gasimetria capilar, aspiração de secreções, realização de teste de despiste de SARS-Cov-2, realização de triagem de Manchester, ensinamentos à criança/jovem e pais de acordo com as necessidades detetadas, entre outros.

Tivemos também oportunidade de intervir na preparação da criança/jovem para o TIP. Uma vez que se trata de um Serviço de Urgência Médico-cirúrgico, por vezes as crianças/jovens são transferidas para outros serviços ou unidades hospitalares por necessitarem de cuidados mais diferenciados ou ainda para realização de exames complementares de diagnóstico que não existem no serviço. Este transporte dependendo da condição clínica das crianças/jovens, pode ser feito com acompanhamento apenas dos pais, em ambulância com acompanhamento dos bombeiros, do enfermeiro, do enfermeiro e do médico do serviço, ou ainda com acompanhamento da equipa TIP do INEM. Relativamente ao SRC para o transporte, habitualmente usa-se o da própria criança quando disponível ou solicita-se um SRC à corporação de bombeiros que executa o transporte.

De forma a prestar cuidados de acordo com a evidência e melhorar a prática clínica, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e consultadas as normas e procedimentos existentes na instituição.

Verificámos que no serviço e na instituição não existia um procedimento sobre o TIP, apesar de esta ser uma prática que acontece regularmente, devido ao facto da criança/jovem necessitar de cuidados mais diferenciados, não existentes na instituição. Isso motivou a realização de um procedimento sobre o TIP (apêndice IV), no âmbito do projeto de intervenção, dentro da Linha de Investigação “Segurança e Qualidade de vida”.

A realização das várias atividades ao longo do estágio permitiu a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro EESIP que serão aprofundadas mais pormenorizadamente no decorrer do relatório.

2.2.1.3 Serviço de Internamento de Pediatria

O último contexto do estágio final decorreu no Serviço de Pediatria integrado numa Unidade Hospitalar do Alentejo, durante o período de 13 de setembro a 22 de outubro de 2021. O Hospital dá resposta aos utentes do Alentejo Central (cerca de 152.865 utentes) e ainda a utentes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral. (MS, 2022b)

O Serviço de Pediatria dá resposta a crianças e jovens com menos de 18 anos de idade do Distrito com necessidade de internamento, podendo prestar também assistência a crianças e jovens de outros Distritos se necessário. Tem como objetivos promover o crescimento saudável das crianças e dos jovens, melhorar a qualidade dos serviços prestados, promover a humanização no serviço e a formação do pessoal e desempenhar um papel ativo e interventivo na Unidade Hospitalar e na comunidade. (MS, 2022b)

O Serviço de Pediatria localiza-se no quinto piso do Hospital e é constituído por uma sala de espera, um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, um gabinete de gestão, uma sala de preparação de terapêutica e armazém de farmácia e material clínico, uma sala de preparação de leites, uma copa, uma sala de atividades para as crianças, um balcão administrativo, uma casa

de banho para os funcionários, uma casa de banho para as crianças, uma casa de banho para os pais, um vestiário para os profissionais, oito enfermarias, sendo um deles de isolamento, com 15 vagas de internamento.

As portas estão equipadas com sistema de segurança, através de código e alarme e são colocadas pulseiras de segurança que acionam o alarme em caso de fuga ao atravessar a porta.

A equipa médica do serviço é constituída por um diretor de serviço, dois assistentes graduados seniores, 19 assistentes hospitalares de pediatria médica, 10 internos do internato complementar, um assistente graduado sénior e um assistente de pediatria cirúrgica, que distribuem a sua atividade pelos vários serviços de pediatria que existem no hospital. (MS, 2022b)

A equipa de enfermagem é constituída por 17 enfermeiros, incluindo a Enfermeira Chefe. A restante equipa multidisciplinar é constituída por oito assistentes operacionais, uma educadora de infância, uma administrativa e tem apoio de uma psicóloga e de uma assistente social.

O serviço é acreditado pelo Departamento de Qualidade na Saúde da DGS através da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía [ACSA]. Os registos de enfermagem são efetuados no sistema SClínico.

Assim como nos outros contextos de estágio, no início e ao longo do estágio realizámos uma pesquisa bibliográfica direcionada ao contexto do estágio e às situações mais frequentes no mesmo, de forma a desenvolver os conhecimentos adquiridos anteriormente.

Durante o estágio tivemos oportunidade de prestar cuidados a várias crianças com diversas situações clínicas, nomeadamente a crianças com patologias do foro respiratório (bronquiolite, infeção respiratória, pneumonia, asma), do foro gastrointestinal, cirúrgico (apendicite, cirurgia a hérnias), ortopédico, otorrinolaringologia, urológico, do foro psiquiátrico e ainda a crianças a aguardar resolução social. Acolhemos também crianças em hospital de dia para administração de terapêutica. Realizámos vários cuidados e intervenções de enfermagem, entre os quais preparação da criança para cirurgia, transferência intra-hospitalar para o bloco operatório e para realização de exames complementares de diagnóstico, preparação e administração de terapêutica, aspiração de secreções traqueobrônquicas, cuidados de higiene e conforto,

administração de alimentação entérica, colheitas de sangue, punção venosa periférica, monitorização de sinais vitais, realização de colheita para testes de despiste de SARS-CoV-2, ensinamentos às crianças/jovens e família, preparação da criança/jovem para a alta, entre outros. Os cuidados de enfermagem foram realizados de acordo com a filosofia de parceria de cuidados, centrados na família, de forma a atender às necessidades da criança/jovem e família.

É de destacar o papel do enfermeiro EESIP no serviço de pediatria, na parceria de cuidados com a criança/jovem e a família, na vigilância da criança/jovem, na deteção de situações que possam afetar negativamente a criança/jovem, no encaminhamento para outros profissionais, na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, no apoio à família e na promoção da parentalidade.

O enfermeiro EESIP no serviço de pediatria realiza ainda outras funções relacionadas com a gestão do serviço, algumas das quais tivemos oportunidade de realizar ao longo do estágio, como a distribuição das crianças/jovens internados pelos enfermeiros em cada turno, pedidos de refeições para as crianças/jovens e acompanhante, pedidos de material de consumo clínico e de fármacos.

No que diz respeito ao projeto de intervenção, na área da promoção da segurança da criança no TIP, elaborámos uma proposta de reorganização da mala de TIP (apêndice V), por considerarmos que a existente poderia ser melhorada. O TIP é uma prática que ocorre com alguma frequência no serviço, pela necessidade de transferir crianças para serviços mais diferenciados ou para realizar exames complementares de diagnóstico que o hospital não dispõe. O facto de existir uma mala de transporte organizada permite ao enfermeiro ter maior disponibilidade para a parceria de cuidados com o binómio criança/família e focar-se no planeamento do transporte, nomeadamente na avaliação dos riscos e na previsão de possíveis complicações, promovendo assim a segurança da criança/família e do próprio transporte.

Todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram-nos mobilizar conhecimentos e desenvolver as competências do enfermeiro EESIP. Os momentos de avaliação permitiram a partilha de experiências e a reflexão conjunta sobre a prática clínica, o que nos permitiu melhorar o desempenho e atingir os objetivos propostos para o estágio.

3 PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

De forma a cumprir os requisitos para a aquisição do grau de mestre e do título de especialista pela OE foi elaborado um projeto de intervenção em serviço, com base na conceptualização da metodologia de projeto e os conhecimentos desenvolvidos na unidade curricular Projetos de Intervenção em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na qual foi realizado um projeto de intervenção em serviço como forma de avaliação da unidade curricular. Após a identificação da problemática procurámos aprofundar conhecimentos acerca da temática e desenvolver o projeto ao longo do estágio I e do estágio final.

A metodologia de projeto diz respeito a um conjunto de ações que permitem representar e antever um processo de mudança, de forma a solucionar problemas existentes, permitindo desenvolver conhecimentos e competências que contribuam para a melhoria de uma situação real. Este tipo de metodologia envolve o trabalho em equipa, implicando os vários intervenientes, para a resolução eficaz do problema (Ruivo *et al.*, 2010).

Neste contexto, projeto consiste num plano de trabalho, “um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspecto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projecto” (Ruivo *et al.*, 2010, p.4). Importa por isso compreender as várias etapas da metodologia de projeto para encontrar ações que envolvam os vários elementos da equipa e os motive para a mudança.

Dentro da Linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida” foi realizada uma pesquisa alargada acerca do TIP, com vista a desenvolver conhecimentos e competências relacionadas com a promoção da segurança da criança e a melhoria contínua dos cuidados de saúde na prática do TIP. Além de se tratar de uma área do nosso interesse e para a qual nos sentimos motivados, após aprofundar o tema considerámos que se trata de uma área que carece de melhoria pela carência de normas nacionais ou institucionais acerca do TIP. Verificámos ainda que é uma temática que tem sido alvo de investigação e que está ainda em processo de construção.

O trabalho de projeto não é estanque, é um processo dinâmico e flexível que se constrói ao longo do tempo, ajustando-se e reorganizando-se sempre que for preciso. Assim, a metodologia

de projeto é composta por: identificação do problema e diagnóstico da situação; planeamento das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação e divulgação dos resultados. (Ruivo *et al.*, 2010). De seguida serão abordadas cada uma das etapas do projeto de intervenção em serviço.

3.1 Identificação do Problema e Diagnóstico da Situação

Segundo Ruivo *et al.* (2010) o diagnóstico de situação tem como objetivo desenvolver a análise das necessidades da população, após realizar a identificação dos problemas reais, prevendo as suas repercussões, com vista a estabelecer prioridades.

No sentido de contextualizar a temática deste projeto, torna-se pertinente realizar uma caracterização sociodemográfica relativamente ao mesmo.

Segundo fonte do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020), o Alentejo prolonga-se por uma área de 31 605 km² (34,3% relativamente a Portugal) com cerca de 705 478 habitantes. Em relação aos Indicadores de Saúde no Alentejo, verifica-se que possui 10 Hospitais (cerca de 4,4% relativamente a Portugal) e está situado abaixo da média comparativamente ao resto do país no que diz respeito ao número de enfermeiros por 1000 habitantes, ao número de médicos por 1000 habitantes, ao número de internamentos nos hospitais por 10 000 habitantes e ainda, quanto ao número de camas nos hospitais por 1000 habitantes. Quanto à taxa de mortalidade infantil no Alentejo, constata-se que é superior à média nacional, embora tenha vindo a diminuir. (INE, 2020)

Aproximando-nos mais do nosso contexto, a Unidade Local de Saúde abrange uma área de influência do Baixo Alentejo (exceto o concelho de Odemira), cerca de 8 542,7 Km² (9.3% do território nacional), com cerca de 117 868 habitantes. (ULSBA, 2018)

Perante as características sociodemográficas da região, entre outros fatores, já anteriormente abordados, verifica-se frequentemente a necessidade de transferir crianças/jovens, para outras unidades hospitalares com recursos mais diferenciados, que não

existem na região do Alentejo de forma a dar resposta efetiva à situação clínica dessas crianças/jovens.

Para a realização do transporte inter-hospitalar de crianças e jovens em situação crítica, por vezes é acionado por indicação do CODU o serviço de ambulâncias TIP do INEM, mas os meios mais próximos localizam-se sediados em Faro e em Lisboa, ou seja, a uma distância de pelo menos 148 km. Assim na ausência ou na indisponibilidade deste recurso, muitas vezes acabam por ser equacionadas alternativas, nomeadamente o transporte das crianças com acompanhamento de enfermeiro e/ou médico do serviço, derivando sobretudo para hospitais da região de Lisboa.

Quando surge essa necessidade é feito o pedido de transporte à corporação de bombeiros mais próxima, sendo solicitada uma ambulância com os recursos que a criança necessita e o sistema de retenção adequado à idade e peso da criança, uma vez que estes não existem disponíveis no serviço, pelo que os enfermeiros podem não estar familiarizados com os SRC que vão usar. A falta de SRC adequado pode comprometer a segurança da criança durante o transporte ou atrasar o mesmo, tal como já foi abordado anteriormente no enquadramento teórico. Geralmente as crianças até aos 10 anos de idade são acompanhadas por um enfermeiro da equipa do serviço de urgência pediátrica. A partir dos 10 anos (inclusive) são acompanhadas por um enfermeiro da equipa do serviço de urgência geral, escalado para assegurar eventuais transportes inter-hospitalares.

Após reunirmos com a enfermeira responsável pelo gabinete de qualidade da unidade hospitalar e depois de consultarmos as normas e procedimentos da instituição, verificámos que não existe na Unidade Local de Saúde um procedimento sobre TIP que oriente e uniformize a prática do mesmo.

Por outro lado, devido ao elevado número de elementos nas equipas, acaba por haver uma maior rotatividade entre quem realiza os transportes, o que faz com que para alguns enfermeiros seja uma atividade pontual, comparada com outras atividades que se realizam com maior rotina. Associado ao facto dos transportes neste contexto, serem demorados, percorrendo trajetos longos até aos hospitais de destino, todos estes fatores, fazem com que o transporte de uma criança seja um desafio para os profissionais, num momento de fragilidade para a criança/jovem e para a própria família.

Assim consideramos que o TIP requer um planeamento adequado, onde devem ser ponderadas, as necessidades da criança, os riscos e os benefícios do mesmo, acauteladas todas as medidas de segurança, a antecipação de possíveis complicações, a disponibilidade de equipamentos e fármacos necessários, a situação clínica da criança, bem como a formação do enfermeiro a realizar o acompanhamento, tal como recomendam a OM & SPCI (2008).

Posto isto, verificamos que este é um problema real, que carece de investigação e intervenção, no sentido de melhorar a qualidade do transporte, de desenvolver normas que uniformizem a atuação do enfermeiro, de melhorar a segurança da criança e dos cuidados e, melhorar a competência dos profissionais para que se sintam mais seguros na prestação de cuidados no transporte inter-hospitalar.

Em síntese identificamos os seguintes problemas:

- Ausência de normas/procedimentos que uniformizem a prática do TIP;
- Indisponibilidade de SRC nos serviços.

Estes problemas podem ter repercussões futuras a nível da segurança da criança, dos cuidados e dos profissionais; a nível económico para a instituição; a nível social porque a confiança das pessoas nos serviços depende da segurança e da qualidade dos cuidados; e repercussões físicas e psicológicas para a criança/família porque ao colocar em causa a segurança do transporte, pode resultar em danos físicos e psicológicos para a criança.

Posto isto determinámos como prioridades a uniformização do TIP, a formação dos profissionais e a promoção da segurança da criança, do transporte e da equipa.

De forma a contextualizar o diagnóstico de situação elaborámos uma análise SWOT com o intuito de compreender quais as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relativamente ao projeto (apêndice VI).

3.2 Definição de Objetivos

Tendo por base a metodologia de projeto, os objetivos correspondem a “representações antecipadoras centradas na acção “a realizar”, ou seja, a determinação dos objetivos finais”. (Ruivo *et al.*, 2010, p.18)

O presente projeto tem como objetivo geral: “Promover a segurança no TIP”.

Da subdivisão do objetivo geral referido, definiram como objetivos específicos:

- Desenvolver competências relacionadas com a intervenção do enfermeiro EESIP no TIP;
- Uniformizar a intervenção do enfermeiro no TIP;
- Sensibilizar a equipa para a promoção da segurança do TIP;
- Otimizar a segurança dos enfermeiros no TIP em situação de suspeita ou confirmação de Covid-19.

3.3 Planeamento

O planeamento na metodologia de projeto corresponde à planificação pormenorizada do projeto, onde se incluem as atividades, as estratégias a desenvolver e os meios e os recursos necessários para alcançar os objetivos propostos. Nesta etapa define-se também o cronograma do projeto, delimitando assim o espaço temporal em que o projeto se irá desenvolver. (Ruivo *et al.*, 2010)

O apêndice VII diz respeito ao planeamento do projeto de intervenção em serviço, onde se apresentam as atividades e as estratégias que se pretendem desenvolver. No apêndice VIII apresenta-se o respetivo cronograma, desde abril de 2021 a fevereiro de 2022.

3.4 Execução

Segundo Ruivo *et al.* (2010) a etapa da execução diz respeito à colocação em prática do que foi anteriormente planeado, de forma a resolver o problema em questão. Nesta fase poderão ocorrer reformulações ao que foi planeado devido a situações que possam surgir no momento, para que o projeto chegue a bom porto e o objetivo inicial seja alcançado com sucesso.

A fase de execução do projeto de intervenção em serviço iniciou-se pela pesquisa na literatura de forma a adquirir e desenvolver conhecimentos e competências acerca do TIP, da prestação de cuidados associados ao transporte da criança e sobre a segurança da criança no TIP. A pesquisa prolongou-se ao longo de todo o decorrer do projeto.

Posteriormente foi dado a conhecer o projeto ao professor orientador, aos enfermeiros orientadores e aos enfermeiros responsáveis pela gestão dos serviços onde decorreram os estágios. Após consulta das normas e procedimentos existentes no serviço e na instituição, realizámos uma reunião com a enfermeira responsável pelo gabinete de qualidade que sugeriu a realização de um procedimento sobre o TIP para uniformizar a prática clínica do TIP na Unidade Local de Saúde, uma vez que já tinha sido detetada essa necessidade pela inexistência da mesma e por ser uma prática frequente, de forma a promover a melhoria contínua dos cuidados de saúde nessa área.

No estágio I, em contexto de cuidados saúde primários, durante a integração no serviço, verificámos que não existia um carro de emergência, pelo que o material a usar em situações de emergência estava armazenado num armário. Assim desenvolvemos uma proposta de reorganização do respetivo material de forma a estar mais acessível e organizado numa situação de emergência, como se pode ver no apêndice III.

No estágio final foi desenvolvida uma revisão Scoping, denominada “Transporte Inter-hospitalar Pediátrico em Segurança: uma Revisão Scoping, que apresentamos no apêndice I. A realização da mesma teve por base os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de Investigação em Enfermagem e de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria II e seguiu a metodologia JBI. Concluímos que existe evidência de que a formação acerca do transporte aos profissionais de saúde, tem efeito benéfico na segurança do transporte pediátrico.

Durante o estágio realizado no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal tivemos oportunidade de conhecer o serviço e o funcionamento do meio TIP do INEM, integrado no serviço onde decorreu o estágio, de colaborar no transporte inter-hospitalar de RN e na preparação do RN para o transporte. A realização dessas atividades permitiram-nos compreender o papel do enfermeiro EESIP nesta equipa no TIP e adquirir conhecimentos e competências nesta área. Neste contexto de estágio tivemos também oportunidade de desenvolver conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados ao RN em situação crítica, tal como já foi referido anteriormente.

Durante o estágio no contexto do Serviço de Urgência Pediátrica desenvolvemos conhecimentos e competências na área da prestação de cuidados à criança em situação crítica e acerca do TIP. Para além disso elaborámos um procedimento sobre o TIP de forma a uniformizar a prática do mesmo na Unidade Local de Saúde (apêndice IV). Nesse âmbito anexámos uma escala de avaliação para o TIP, adaptada para a pediatria de acordo com Pereira (2018), a partir da escala de avaliação para o transporte secundário recomendada pela OM & SPCI (2008). Esta escala de acordo com os autores permite definir qual o tipo de ambulância, o tipo de acompanhamento, o nível de monitorização e o equipamento, que são necessários para o transporte da criança de acordo com a sua situação clínica. Ao procedimento foi ainda anexado uma lista de verificação para o TIP, adaptada de OM & SPCI (2008) e de Abecassis & Vieira (2013), de forma que o enfermeiro antes de iniciar o transporte verifique se estão reunidas todas as condições para que o transporte seja realizado em segurança. Elaborámos ainda um documento de registo de enfermagem para usar no TIP. Os respetivos documentos foram apresentados ao professor orientador, ao enfermeiro orientador, aos enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço, à enfermeira responsável pelo departamento de qualidade e à médica responsável pelos serviços de pediatria, de forma a obter a sua aprovação e possíveis sugestões de melhoria.

Ainda neste contexto de estágio, providenciámos e organizámos o equipamento de proteção individual, tivemos oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a crianças com suspeita de covid-19 e de colaborar na preparação das mesmas para o transporte intra e inter-hospitalar.

No estágio realizado no serviço de Pediatria realizámos uma proposta de reorganização da mala de transporte pediátrico (apêndice V), por considerarmos ser um aspeto que poderia ser melhorado, de modo a promover a melhoria contínua nos cuidados de enfermagem à criança

no transporte e a rentabilizar a intervenção do enfermeiro no planeamento do transporte, que assim fica mais disponível para a avaliação da criança e para a preparação da criança/família no momento do transporte.

3.5 Avaliação e Divulgação dos Resultados

Segundo Ruivo *et al.* (2010), na metodologia de projeto a avaliação pode ser realizada ao longo do projeto, de forma contínua ou no final, recorrendo a instrumentos de avaliação para questionar o trabalho efetuado, retrocedendo e redefinindo objetivos sempre que necessário. Na avaliação devemos refletir sobre as estratégias previstas e as que foram desenvolvidas, sobre os objetivos traçados e os objetivos alcançados, bem como compreender quais os fatores que levaram a que os objetivos não fossem atingidos, podendo ser definido um novo projeto para o futuro (Ruivo *et al.*, 2010).

O projeto de intervenção foi planeado e desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de estágio. Foi alvo de uma avaliação contínua tal como preconizam Ruivo *et al.* (2010), através de uma análise e reflexão crítica sobre os objetivos e as estratégias definidas, à medida com que nos fomos deparando com as particularidades inerentes a cada contexto de estágio, de forma a adequar as estratégias com vista a alcançar os objetivos do projeto. Posto isto, o projeto foi partilhado e analisado com o professor orientador, com os enfermeiros orientadores, com a enfermeira responsável pelo gabinete de qualidade e com a equipa de enfermagem, de forma a definir estratégias e decidir o melhor percurso, com vista ao objetivo final. Apesar da limitação temporal a que estamos sujeitos em cada contexto de estágio, procurámos realizar as várias atividades previstas inicialmente com base na realidade de cada contexto.

Após a elaboração do procedimento sobre o TIP, os documentos foram partilhados com os enfermeiros orientadores, com os enfermeiros responsáveis pela gestão dos serviços e com a equipa de enfermagem, de forma a obter a sua opinião ou possíveis sugestões de melhoria. Foi aprovado pela enfermeira responsável pelo gabinete de qualidade e seguidamente será submetido ao conselho de administração da unidade local de saúde, para aprovação e posteriormente ser colocado em prática nos vários serviços onde são realizados transportes de crianças. A proposta de reorganização da mala de transporte foi aprovada pelo enfermeiro

orientador e considerada uma mais-valia, aguardando aprovação dos responsáveis pelo serviço para no futuro começar a ser usada na prática de cuidados.

Tendo em conta a situação vivenciada em torno do combate à pandemia por sars-cov-2, não nos foi possível realizar sessões de formação em serviço, de forma a cumprir as medidas de prevenção instituídas na instituição e também devido à carência de recursos humanos que estavam distribuídos em setores relacionados com a pandemia. Assim estas serão atividades que pretendemos desenvolver no futuro, assim que possível, por serem consideradas uma mais-valia para a equipa de enfermagem e para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde à criança.

A avaliação do projeto e divulgação dos resultados culmina com a realização do relatório que permite fazer uma análise crítica sobre o percurso realizado. Consideramos assim ter alcançado com sucesso os objetivos propostos, uma vez que de uma forma geral promovemos a segurança no TIP, desenvolvemos competências na área de intervenção do enfermeiro EESIP no TIP e contribuímos para a uniformização da intervenção do enfermeiro no TIP, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

No que diz respeito à revisão *Scoping*, a realização da mesma permitiu encontrar evidência científica na área do TIP, de modo a orientar e servir de base ao projeto de intervenção, com vista à promoção da segurança da criança no TIP. Pretendemos proceder futuramente à sua publicação numa revista científica, partilhando os conhecimentos obtidos na realização da mesma, de forma a contribuir para a investigação nesta área.

Importa referir ainda que este não é um projeto acabado, mas sim um processo em construção, no qual se pretende continuar a investigar e obter a aprovação dos responsáveis pelos serviços, de forma a aplicar o projeto na prática clínica, para que posteriormente seja submetido a reavaliações pontuais e alvo de melhoria.

4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA – REFLEXÃO SOBRE A APRENDIZAGEM

A Enfermagem tem evoluído ao longo dos anos, tanto no que diz respeito à formação como também a nível da profissão. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], Enfermagem diz respeito à profissão que ao nível da saúde, possui como finalidade a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, saudável ou doente, bem como aos grupos da comunidade onde está inserida, para que preservem, aperfeiçoem ou readquiram a sua saúde, de forma tão breve quanto seja possível (MS, 1996).

Ao Enfermeiro é-lhe reconhecida competência técnica, científica e humana que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem gerais à pessoa, família e comunidade, atuando nos vários níveis de prevenção (MS, 1996).

Segundo o REPE, Enfermeiro especialista “é o enfermeiro (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (MS, 1996, p. 2960)

Em enfermagem, o cuidar desafia o enfermeiro a desenvolver capacidades, conhecimentos e recursos, e assim, competências (Serrano, Costa & Costa, 2011). De acordo com Benner (2001), o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências defende que o processo de aquisição de competências tem por base os princípios teóricos e as decisões e aptidões que se desenvolvem em contextos reais. A enfermagem desenvolve-se através de uma interação contínua entre o indivíduo e o contexto, na qual intervêm os vários saberes do enfermeiro e a forma como este os utiliza nos cuidados que presta (Serrano *et al.*, 2011; OE, 2015).

O conhecimento em enfermagem não se limita apenas ao saber resultante da investigação. É desenvolvido na ação de cuidar, na prática de enfermagem e é composto por aspetos culturais, pessoais, éticos, relacionais, processuais, estéticos, tácitos e intuitivos (Queirós, 2014). Assim o ensino em enfermagem necessita de ser desenvolvido nos contextos da prática clínica (Benner,

2001), uma vez que “o conhecimento na prática é concreto, reflexo da vida real, saturado de valores e forma-se num processo constante de compreensão-transformação-compreensão” (Queirós, 2014, p.778). Serrano *et al.* (2011) reitera que as competências do enfermeiro se desenvolvem através da individualização do processo de cuidar, por influência dos atores, do contexto e dos saberes, em que os saberes se constroem pelo uso dos conhecimentos em situações na prática de prestação de cuidados e pela reflexão sobre os mesmos.

Desta forma importa aprofundar e refletir sobre quais os domínios das competências, comuns e específicas do enfermeiro EESIP, bem como das competências de mestre, analisando o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências desde o início do curso de mestrado até ao estágio final. A realização do estágio em quatro contextos diferentes permitiu mobilizar, aplicar os conhecimentos adquiridos anteriormente na prática clínica e refletir sobre os cuidados prestados. Para além disso, a multiplicidade e a complexidade de situações com que nos deparámos constituiu um desafio para o processo de cuidar e contribuiu assim para o desenvolvimento de competências, o que vai de encontro ao que Benner (2001) e Serrano *et al.* (2011) defendem.

Ao longo dos estágios, nos vários contextos, os momentos de passagem de turno constituíram momentos de partilha de informação e de reflexão sobre o plano de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de competências. Serrano *et al.* (2011) afirma que a passagem de turno é um momento de reflexão sobre o cuidar, pois engloba o conhecimento sobre o utente, o seu processo de saúde-doença, as suas necessidades individuais, de forma a promover a continuidade dos cuidados de enfermagem. O autor caracteriza a passagem de turno como “um processo de análise, reconstrução e reformulação da prática, através do confronto dos problemas do doente partilhados no grupo, visando a tomada de decisão no planeamento e na continuidade de cuidados.” (Serrano *et al.*, 2011, p.21).

4.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista

A diferenciação, a especialização, o rigor técnico e científico nos cuidados, assumem cada vez mais relevância no dia-a-dia dos profissionais de saúde. (OE, 2019)

Segundo a OE (2019) os enfermeiros especialistas possuem em comum um universo de competências que se aplicam nos vários contextos de prestação de cuidados de saúde, de forma a melhorar continuamente a prática de enfermagem – as competências comuns do enfermeiro especialista. Estas resultam do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais e pretendem assegurar que o enfermeiro especialista é detentor de um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades, que mobiliza de forma a prestar cuidados nos vários contextos onde intervém, de acordo com as necessidades de saúde do utente ou grupo da comunidade. (OE, 2019)

Desta forma, os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista dividem-se em: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE, 2019)

4.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No âmbito deste domínio o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional, ética e legal, dentro da sua área de especialidade, atuando de acordo com os princípios éticos, as normas legais e a deontologia e assegurar práticas de cuidados de enfermagem que respeitem os direitos humanos, bem como as responsabilidades da profissão (OE, 2019).

O enfermeiro especialista toma decisões e define as respostas mais adequadas com base no conhecimento e na experiência, de acordo com princípios, valores e normas deontológicas, lidera a tomada de decisão ética na sua área de especialidade, suscita a reflexão sobre as decisões tomadas, reconhece a sua competência na área da sua especialidade e avalia o processo e os resultados das tomadas de decisão. Dentro do mesmo domínio de competências o enfermeiro especialista promove a proteção dos direitos humanos, o respeito pelo direito à informação, à privacidade, à confidencialidade, à capacidade de decisão e à autodeterminação, assegura o respeito pelos valores, costumes e crenças de cada utente ou grupo e gere práticas de cuidados seguras, assegurando a dignidade do utente. (OE, 2019)

A ética refere-se à forma como “determinamos aquilo que é bom para o desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade bem como as regras necessárias para prevenir que as pessoas sejam prejudicadas” (Thompson et al., 2004, p.4). A prática dos cuidados de saúde tem por base os princípios éticos, em que se inclui o princípio do respeito pela pessoa, o princípio da autonomia, o princípio da justiça universal, o princípio da beneficência e da não maleficência e o princípio da vulnerabilidade. (Mendes, 2009; Thompson et al., 2004).

A Deontologia profissional engloba “o conjunto dos deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro (...) para prestar cuidados de Enfermagem às pessoas, famílias ou comunidades” (OE, 2015, p.19). Inclui ainda “um conjunto de direitos que se fundamentam, por um lado, na dignidade profissional do enfermeiro e, por outro lado, na pretendida excelência do exercício, como forma de garantir o direito dos clientes a cuidados de qualidade.” (OE, 2015, p.19).

Durante a componente teórica do curso de mestrado, a unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem permitiu desenvolver conhecimentos acerca dos princípios éticos e legais relacionados com o exercício de enfermagem, de forma a mobilizar esses conhecimentos na prestação de cuidados, a tomar decisões ponderadas e fundamentadas e a refletir sobre os cuidados prestados durante o estágio.

Ao longo dos vários contextos de estágio, a nossa prestação de cuidados teve sempre como alicerces, os princípios éticos, os valores e normas deontológicas, respeitando o código deontológico do enfermeiro, os direitos humanos de acordo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e a Convenção dos Direitos da Criança.

Nos vários contextos tivemos oportunidade de contactar e prestar cuidados a crianças/jovens e famílias com diferentes nacionalidades, diferentes culturas e costumes e com diferentes condições socioeconómicas, respeitando a individualidade de cada criança/jovem e família e personalizando os cuidados às suas necessidades. Promovemos o respeito ao direito à informação da criança/jovem e família, prestando informações acerca dos cuidados prestados e acerca do processo de saúde-doença, respeitando a sua capacidade de autodeterminação. Os cuidados de enfermagem foram individualizados respeitando as necessidades de cada

criança/jovem e família, envolvendo-os no plano de cuidados de acordo com o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

A privacidade e a intimidade da criança/jovem e família foram respeitadas e tidas em conta nas consultas de saúde infantil, num gabinete de consulta adequado e com a porta do gabinete fechada. No serviço de urgência pediátrica a triagem foi realizada na sala de triagem de forma a respeitar a privacidade da criança/jovem, os cuidados de enfermagem prestados foram realizados respeitando a intimidade da criança/jovem e na presença de um acompanhante (habitualmente um dos pais). Durante o estágio na neonatologia sempre que as puérperas procediam à extração de leite, faziam-no numa sala própria, com a porta fechada. Na enfermaria da pediatria, promovemos o respeito pela pessoa, pela intimidade e privacidade das crianças/jovens e família nos cuidados prestados às crianças, como por exemplo nos cuidados de higiene. Nos vários contextos, os momentos de passagem de turno foram sempre realizados nos gabinetes de enfermagem com a porta fechada de forma a respeitar a privacidade das crianças/jovens e famílias e o sigilo profissional.

O princípio da beneficência e da não maleficência foi respeitado sempre que foi necessário realizar um procedimento doloroso, através de medidas de controlo e de alívio da dor, tanto farmacológicas como não farmacológicas, através da administração de sacarose, do uso de técnicas de distração, da amamentação, da sucção, entre outros.

As decisões acerca do processo de cuidar, foram tomadas com base nos conhecimentos, na experiência, entre a equipa e em parceria com o binómio criança/jovem e família, refletindo sobre os cuidados e os resultados, respeitando o superior interesse da criança. Nos casos em que foi necessário, foi realizada a referenciação e o encaminhamento para outros profissionais de saúde, como por exemplo no contexto das consultas de saúde infantil, nas situações em que foram detetadas alterações a nível da visão ou da fala, entre outras.

Em todos os contextos de estágio, desenvolvemos uma prática de cuidados segura e promovemos a segurança da criança/jovem. Na USF durante as consultas de saúde infantil ao realizar ensinamentos sobre a prevenção de acidentes e a promoção da segurança infantil de acordo com idade e desenvolvimento infantil. Na neonatologia através da vigilância e monitorização dos RN, na promoção da alta segura, nos ensinamentos aos pais para a promoção da segurança do RN durante o internamento e após a alta no domicílio. Na pediatria através da colocação e ativação

de pulseiras de segurança às crianças, na elevação das grades dos berços/camas. No serviço de urgência pediátrica na preparação da criança para o transporte inter-hospitalar, na elevação das grades dos berços, macas, na colocação de pulseiras de identificação, na adoção de circuitos (covid e não-covid) de acordo com os critérios estabelecidos e segurança na preparação e administração de fármacos (transversal a todos os contextos).

Desta forma consideramos ter desenvolvido as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

4.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são: “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1)”; “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2)”; “garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)” (OE, 2019, p.4745).

O Enfermeiro especialista colabora na realização e na operacionalização de projetos institucionais ao nível da qualidade; possui e mobiliza conhecimentos avançados e habilidades de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade; contribui para a incorporação desses conhecimentos na prestação de cuidados; define metas, analisa e planeia estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados; avalia a qualidade dos cuidados com base na evidência científica e nas normas necessárias; planeia e lidera programas de melhoria contínua da qualidade identificando oportunidades de melhoria, definindo prioridades e estratégias de melhoria, contribuindo ainda para a elaboração de guias orientadores para a boa prática e para a criação e atualização de normas institucionais (OE, 2019).

De acordo com a OMS (2020) a qualidade é “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os actuais conhecimentos profissionais” (p.13). A qualidade na saúde consiste na “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação

do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2015b, p.13351) Relativamente à prática de enfermagem, a OE define os padrões de qualidade para a prestação dos cuidados de enfermagem através das seguintes categorias: satisfação dos utentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

Segundo a OMS (2020) a estratégia de qualidade consiste numa “ponte que ajuda um sistema de saúde a acelerar a consecução dos objectivos e prioridades da saúde, usando princípios de gestão da qualidade que incorporam o planeamento, o controlo e a melhoria da qualidade” (p.11).

O desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades para o desenvolvimento desta competência teve o contributo da unidade curricular de Gestão em Saúde e Governação clínica, em que além dos conteúdos abordados destaca-se a realização de um trabalho de grupo sobre o *Kaizen* na gestão de equipas de saúde. O *Kaizen* trata-se de um instrumento de melhoria contínua utilizado em gestão, que pode ser usado em equipas de saúde e que tem vindo a demonstrar uma importância cada vez maior na melhoria contínua da qualidade na saúde (Grabán & Swartz, 2012). A realização do trabalho permitiu desenvolver conhecimentos acerca do *Kaizen*, compreender como é que pode ser aplicado nas equipas de saúde e nos nossos contextos laborais. Concluímos através da realização do trabalho que o *Kaizen* tem impacto positivo na promoção de ambientes favoráveis à prática clínica e que pode ser usado para a melhoria contínua da qualidade.

Durante a realização dos estágios procurámos prestar cuidados de enfermagem com base nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, na Estratégia Nacional para a Qualidade da DGS, e nas normas e procedimentos das instituições de saúde e dos serviços onde foram realizados os estágios. Para isso foi necessário conhecer as normas e os procedimentos de cada instituição e dos respetivos serviços onde realizámos os estágios. Os cuidados de enfermagem prestados foram apoiados na evidência científica e para isso foi necessário realizar pesquisas bibliográficas atendendo aos diferentes contextos de estágio, de forma a desenvolver os nossos conhecimentos e habilidades. As práticas realizadas foram submetidas a uma avaliação e alvo de uma reflexão, de forma atingir uma melhoria contínua da qualidade.

Ao longo dos estágios sempre que necessário tivemos oportunidade de desenvolver educação para a saúde junto da criança/jovem e família, promovendo a literacia em saúde, tal como recomenda a DGS na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, promovendo a capacitação dos pais ou outros cuidadores, fornecendo informações para um melhor desempenho na área da promoção da saúde e dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, de acordo com as necessidades individuais da criança/jovem e família (segundo as orientações do PNSIJ).

Em todos os contextos de estágio proporcionámos um ambiente acolhedor, terapêutico e seguro para a criança/jovem e família. Sempre que possível foi respeitada a necessidade da criança de brincar, tanto nas salas de espera enquanto aguardavam pela consulta de saúde infantil, ou na sala de espera do serviço de urgência pediátrico, no SO do serviço de urgência pediátrico, na sala de atividades durante o internamento de pediatria. Na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família foram tidas em conta as várias necessidades culturais e espirituais de cada família, adequando os cuidados e promovendo a segurança da criança/jovem.

Ao nível da gestão do risco institucional, ao longo dos vários contextos de estágio, foram respeitadas as normas de cada instituição, respeitados os circuitos dentro dos serviços, foram usados equipamento de proteção individual de acordo com as normas atuais e de acordo com cada situação específica, de modo a promover a nossa segurança, a segurança da restante equipa e a segurança das crianças/jovens e família. Foram também adotadas medidas de segurança a nível dos dados e dos registos, realizando os registos de enfermagem de forma correta e em tempo oportuno, em local próprio. Sempre que terminávamos os registos procedíamos ao encerramento da sessão na aplicação, para que não ficasse aberta de forma a promover a segurança dos dados e da informação relativa às crianças. Procedemos também ao registo da medicação administrada de forma a prevenir possíveis incidentes e salvaguardar a segurança das crianças/jovens. Realizámos as *check-list* nos serviços de forma a garantir o funcionamento e integridade do material e dos equipamentos (ventiladores, monitores, aspiradores, oxigénio, rampas de oxigénio, berços, macas, oxímetros, termómetros, etc.) o que contribui para um ambiente seguro. Nas situações em que detetámos inconformidades estas foram reportadas e corrigidas e foi solicitado o material necessário.

Os procedimentos e os cuidados de enfermagem foram realizados de acordo com as medidas de higiene e assepsia, usando os recursos e as medidas necessárias para uma prestação de cuidados segura.

De forma a prevenir os riscos ambientais destacamos o uso de equipamento de proteção individual, a separação de resíduos hospitalares de acordo com as normas, a higiene e desinfecção das superfícies, dos espaços físicos, dos equipamentos usados, das unidades individuais das crianças/jovens internados, após cada utilização e sempre que necessário, contribuindo para a manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção.

Importa referir ainda a colaboração na organização do trabalho em que o enfermeiro responsável de turno procede à distribuição dos RN/crianças/jovens internados pelos enfermeiros e no contexto do serviço de urgência pediátrica, em que existe um plano de distribuição semanal, em que é atribuído um posto de trabalho a cada enfermeiro em cada turno. Durante os vários contextos respeitámos essa organização na prestação de cuidados, de modo a organizar o trabalho e reduzir a probabilidade de erro e de incidentes.

Nos vários contextos aprofundámos conhecimentos acerca do plano de emergência e de catástrofe, implementados em cada instituição.

Importa ainda referir o desenvolvimento do projeto de intervenção, nomeadamente a elaboração de um procedimento sobre o TIP, que não existia na instituição no contexto de estágio realizado no serviço de urgência pediátrica, de forma a uniformizar esta prática. A elaboração deste procedimento tem também importância numa situação de emergência ou de catástrofe em que seja necessário evacuar o serviço e proceder ao transporte das crianças/jovens, tanto no serviço de urgência pediátrico, como no serviço de internamento de pediatria, para outras instituições de saúde, contribuindo para a segurança das crianças/jovens.

4.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados englobam: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1)”;

“adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)” (OE, 2019, p.4745).

O enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando as respostas da sua equipa de forma a assegurar a segurança e a qualidade das tarefas que delega, isto é, otimiza o plano de cuidados fornecendo informações para a tomada de decisão, colaborando nas decisões da equipa, negociando e referenciando se necessário para outros profissionais (OE, 2019). Adequa a liderança e gere os recursos necessários a cada situação e a cada contexto, para assegurar a qualidade dos cuidados, de acordo com legislação, as políticas e procedimentos de gestão, executa métodos de organização de trabalho apropriados, coordena a equipa, negocia os recursos e utiliza-os de maneira eficiente para manter a qualidade. Para além disso, aceita os diferentes papéis dos vários profissionais, promove um ambiente favorável à prática, contribui para motivar a equipa e adequa o estilo de liderança aos membros da equipa e ao contexto. (OE, 2019)

Para a aquisição e desenvolvimento deste domínio de competências, importa realçar os contributos dos conteúdos programáticos da unidade curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica que permitiram compreender melhor como é feita a gestão dos cuidados, os diferentes estilos de liderança e as diferentes formas de organização do trabalho.

Relativamente ao método de organização do trabalho, na USF, o trabalho está organizado por equipas, em que cada enfermeiro realiza as consultas e presta cuidados de enfermagem aos utentes inscritos na sua equipa ao longo de todo o ciclo vital. Nos contextos de estágio realizados na neonatologia e no internamento de pediatria, o enfermeiro responsável de turno, antes de cada passagem de turno, procede à distribuição dos RN/criança/jovens internados pelos vários enfermeiros e cada um deles presta cuidados a cada RN/criança/jovem. No serviço de urgência pediátrica onde foi realizado o estágio, tal como foi referido anteriormente, os enfermeiros estão distribuídos por postos de trabalho, ficando um na triagem, outro no balcão e SO e outro na zona covid. Tratando-se de um serviço de urgência, em que por vezes surgem situações inesperadas, com necessidades específicas e com afluência variável, o enfermeiro chefe de

equipa se necessário gere os recursos disponíveis e altera o plano inicial de forma a assegurar a qualidade dos cuidados. Por exemplo durante a pandemia, nos períodos de maior afluência de crianças na zona covid, por vezes foi necessário colocar dois enfermeiros na zona covid para atender às necessidades existentes.

Assim verificámos que o enfermeiro especialista, enquanto chefe de equipa ou responsável de turno, gere os recursos existentes dentro da equipa de acordo com as necessidades, de modo a assegurar a qualidade dos cuidados de saúde.

Ainda no que diz respeito à gestão dos recursos, ao longo dos vários contextos de estágio, tivemos oportunidade de colaborar nos pedidos de material, fármacos e equipamentos, necessários para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Realizámos também os pedidos de refeições para as crianças/jovem e acompanhante internados nos serviços.

Durante o estágio I tivemos oportunidade de elaborar um estudo de caso, no qual realizámos uma recolha de informações para a tomada de decisão no plano de cuidados. Essas decisões foram discutidas em equipa e nas situações em que foi necessário, uma vez que reconhecemos o nosso papel dentro da equipa, procedeu-se à referenciação da criança para outros profissionais.

Ao longo dos vários contextos delegámos, supervisionámos e avaliámos tarefas, por exemplo aos assistentes operacionais, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados, fornecendo orientações e procedendo por vezes a uma demonstração das tarefas delegadas. São exemplos de algumas dessas tarefas a desinfeção dos equipamentos usados e das unidades das crianças, de forma a promover a prevenção e o controlo de infeção.

Durante os estágios adotamos sempre uma postura de respeito pelos vários membros da equipa, reconhecendo o papel e função de cada um dentro da equipa. Contribuímos assim para um ambiente positivo e favorável à prestação de cuidados.

4.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais consistem em: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1)”; “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2)” (OE, 2019, p.4745).

O enfermeiro especialista de acordo com este domínio demonstra capacidade de autoconhecimento, de modo a identificar fatores que podem interferir na relação terapêutica e com a equipa, sabe reconhecer os seus recursos e os seus limites enquanto pessoa e profissional, gere os seus sentimentos e emoções, consegue agir eficazmente sob pressão e usa técnicas de resolução de conflitos. Além disso, o enfermeiro especialista apoia os processos de tomada de decisão e as suas intervenções com base na evidência científica, promovendo processos de aprendizagem e adotando um papel ativo na área da investigação.

Para o desenvolvimento deste domínio de competências importa realçar os contributos da unidade curricular de Relação de ajuda em Enfermagem, no aprofundar dos conhecimentos sobre a relação terapêutica, que nos permitiram melhorar a capacidade de autoconhecimento, de identificar aspetos que podem interferir na relação terapêutica e na interação com a equipa multidisciplinar, e ainda, desenvolver estratégias para reconhecer antecipadamente e resolver situações de conflitos.

A realização dos estágios nos vários contextos, em diferentes instituições, em diferentes regiões geográficas, o contacto com diferentes equipas de saúde e com crianças/jovens e famílias com variadas etnias, culturas e costumes, contribuíram para o desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento, que nos permitiu gerar respostas de adaptabilidade individual, desenvolver a gestão de sentimentos e emoções e atuar de forma eficaz sob pressão. No contexto de estágio no serviço de urgência pediátrica deparámo-nos com situações urgentes, que envolviam maior stress na criança e nos pais, em que foi necessário estabelecer uma relação terapêutica, resolver conflitos e agir de forma eficaz sob pressão.

Nos vários contextos de estágio, os cuidados de enfermagem prestados tiveram por base a evidência científica e os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do curso e sempre que necessário recorremos a pesquisas em bases de dados científicas com o intuito de

satisfazer as necessidades formativas. Durante o estágio realizado no contexto da neonatologia, participámos em ações de formação em serviço realizadas durante o estágio.

O estágio final incluiu também como forma de avaliação, a elaboração de uma revisão *Scoping* sobre o TIP em segurança, o que motivou a realização de uma pesquisa em bases de dados científicas, recorrendo às tecnologias de informação disponíveis e a métodos adequados de pesquisa, de modo a obter os resultados pretendidos.

A realização do projeto de intervenção permitiu-nos identificar necessidades formativas em contexto de estágio, desenvolver um procedimento de forma a atualizar os conhecimentos na área e a uniformizar a prática do TIP na instituição, contribuindo assim para o conhecimento atualizado e para o desenvolvimento da prática clínica especializada com base na evidência científica.

Importa realçar ainda o contributo da realização dos vários trabalhos académicos ao longo do curso, a elaboração do estudo de caso no estágio I, e a realização do Curso de SAVP, que permitiram desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e alicerçar a prática clínica em conhecimentos válidos, pertinentes e atuais, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados.

4.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A OE (2019) define como competências específicas as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (p.4745)

O enfermeiro EESIP através de um modelo conceptual centrado no binómio criança e família, desde o nascimento até aos 18 anos de idade, podendo em algumas situações (doença crónica, incapacidade) ir além dos 18 anos, até que a transição para a vida adulta se considere estabelecida. (OE, 2018)

De acordo com a OE são áreas de intervenção particular do enfermeiro EESIP:

“a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p.19192)

Neste âmbito o enfermeiro EESIP possui como competências específicas: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”. (OE, 2018, p. 19192)

Cada uma dessas competências será abordada de seguida, analisando e refletindo sobre o desenvolvimento das mesmas durante os estágios realizados.

4.2.1 Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

“E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.

E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (OE, 2018, p. 19193)

De acordo com esta competência, o enfermeiro EESIP estabelece uma parceria de cuidados com a criança/família, no sentido de promover a parentalidade e otimizar a saúde da criança. (OE, 2018) O enfermeiro implementa, gere e negocia com a criança/família um plano de saúde, de acordo com as suas necessidades, comunicando com a criança/jovem e família de acordo com a sua idade, estágio de desenvolvimento e cultura, fornecendo-lhes o conhecimento e as habilidades necessárias para a promoção da saúde da criança/jovem e estabelece parcerias com

os recursos da comunidade, de forma a melhorar o acesso da criança/jovem e família aos cuidados de saúde. (OE, 2018)

Ainda no âmbito desta competência o enfermeiro demonstra conhecimentos sobre patologias comuns nas várias idades, intervindo de forma adequada; encaminha a criança/jovem para outros profissionais sempre que necessário; avalia e deteta sinais de mal-estar específico e possíveis situações de risco para a criança; sensibiliza para o risco de violência; assiste a criança/jovem em situações de abuso ou negligência; avalia conhecimentos e comportamentos sobre a saúde, facilitando a aquisição de conhecimentos de acordo com as suas necessidades. (OE, 2018)

Ao longo dos vários contextos de estágio procurámos focar a nossa intervenção no binómio criança/família, prestando cuidados especializados de acordo com as suas necessidades individuais, bem como atuar de acordo com o modelo de parceria de cuidados. De acordo com Alves, Amendoeira & Charepe (2017) os cuidados de enfermagem pediátrica baseados na filosofia dos cuidados centrados na família e no modelo de parceria de cuidados são fundamentais para apoiar a família no exercício da parentalidade. O modelo de parceria de cuidados envolve uma mudança, uma negociação do plano de cuidados com a criança/jovem e família, apoiando-a, capacitando-a e envolvendo-a na tomada de decisão (Alves *et al.*, 2017).

Durante o estágio I, desenvolvemos um estudo de caso, no qual realizámos previamente uma colheita de informações, identificámos os problemas e as necessidades da criança/família, desenvolvemos um plano de cuidados, envolvendo e negociando a participação da criança/família em todo o processo. Na elaboração do plano de cuidados tivemos oportunidade de avaliar a estrutura, a dinâmica e o contexto familiar utilizando instrumentos de avaliação adequados. A nível dos recursos da comunidade, tivemos oportunidade de envolver a escola no plano de cuidados, com o intuito de compreender o contexto escolar e as necessidades da criança no que diz respeito ao seu desenvolvimento, ao processo de aprendizagem e às relações interpessoais.

Ao longo dos vários contextos de estágio comunicámos com as crianças/jovens e famílias utilizando meios apropriados de acordo com as suas idades, estádios de desenvolvimento e respetivas culturas, procurando sempre motivá-las para desenvolverem um papel ativo na saúde.

As crianças/jovens possuem uma curiosidade natural, pelo que a transmissão de conhecimentos de saúde associados a comportamentos e estilos de vida que promovam a saúde são fundamentais nesta fase do ciclo de vida. As informações transmitidas devem ser simples, apelativas e adequadas ao contexto e às necessidades individuais da criança/jovem e família. (DGS, 2019)

Posto isto, procurámos proporcionar os conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas às crianças/jovens e família de forma individualizada, para facilitar a aquisição de competências para a gestão da sua saúde. No contexto dos cuidados de saúde primários nas consultas de saúde infantil realizámos ensinamentos de enfermagem especializados na área do desenvolvimento infantil, na área da alimentação saudável, na área da segurança infantil e prevenção de acidentes, na área da vacinação, na área da higiene, entre outros, atendendo às necessidades individuais de cada criança/família. No contexto da neonatologia procurámos desenvolver uma parceria com os pais, fornecendo-lhes conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, os cuidados ao RN, a segurança e a prevenção de acidentes durante o internamento e após a alta do RN, a vinculação, o desenvolvimento de competências parentais, sinais e sintomas de alarme, entre outros, atendendo sempre às características individuais de cada RN/família, de forma a capacitar os pais para a prestação de cuidados ao RN. No contexto de internamento procurámos capacitar a criança/família para a gestão do seu processo específico de saúde/doença, para a gestão do regime terapêutico, para que reconheçam sinais e sintomas de alarme na criança relacionados com a sua situação clínica, no sentido de fomentar a sua participação nos cuidados e de os preparar para a alta.

O enfermeiro EESIP apoia a inclusão de crianças/jovens com necessidades de saúde e educação especiais. Este critério remete-nos para a realização do estudo de caso, no qual identificámos alterações no desenvolvimento da criança, dificuldades ao nível da aprendizagem e na linguagem e, procurámos apoiar e desenvolver respostas adequadas às necessidades da criança/família. É de realçar ainda a importância da parceria do enfermeiro EESIP com a equipa de profissionais da escola que a criança frequenta, pois isso permitiu desenvolver uma resposta individualizada e adequada ao contexto escolar da criança.

Ao longo dos estágios no internamento de pediatria e no serviço de urgência pediátrica prestámos cuidados de enfermagem especializados a crianças/jovens com diversas patologias pelo que tivemos que desenvolver e mobilizar conhecimentos sobre as doenças mais comuns

nas várias idades e intervir de forma adequada. São exemplos as patologias do foro respiratório, do foro gastrointestinal, as erupções cutâneas, entre outras.

Tivemos também oportunidade de realizar o encaminhamento de crianças para outros profissionais, como por exemplo para a oftalmologia, para a pedopsiquiatria, para a higienista oral, de acordo com as necessidades das crianças.

Durante o estágio no serviço de urgência pediátrica, identificámos algumas situações de risco de violência, nomeadamente uma criança suspeita de ser vítima de *bullying* na escola, pelo que assistimos a criança e sensibilizámos os pais para o risco de violência, consequências e medidas de prevenção. Importa destacar a importância do enfermeiro EESIP na identificação de sinais indicadores de negligência ou de maus-tratos, no registo de enfermagem sobre a situação clínica que a criança apresenta e na articulação/referenciação com outros profissionais, nomeadamente com o enfermeiro de família, com o técnico de serviço social, para que estes possam acompanhar a criança e a família e avaliar o contexto em que vivem.

Identificámos também outras situações de risco para a criança/jovem, relacionada com comportamentos de risco, nomeadamente consumo de substâncias psicoativas, pelo que tivemos oportunidade de sensibilizar o jovem/família para o comportamento de risco, avaliar os conhecimentos e os comportamentos do jovem/família relativos à sua saúde e facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à sua saúde e segurança.

Nas idas da criança/jovem ao centro de saúde para as consultas de saúde infantil, ou para a vacinação e, quando a criança/jovem recorreu ao serviço de urgência pediátrica, procurámos desenvolver oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família no sentido de adotarem comportamentos e estilos de vida promotores de saúde.

4.2.2 Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

“E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.

E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (OE, 2018, p.19193)

O enfermeiro EESIP no âmbito desta competência mobiliza recursos de forma oportuna para prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de maior complexidade e exigência com recurso a um vasto leque de abordagens e terapias. (OE, 2018)

Desta forma o enfermeiro EESIP é capaz de identificar situações de instabilidade e de risco de morte e assegurar os cuidados de enfermagem adequados. (OE, 2018) No estágio realizado no Serviço de Urgência Pediátrica prestámos cuidados a crianças/jovens com situações de instabilidade hemodinâmica e risco de morte, no qual foi necessário mobilizar os conhecimentos e habilidades desenvolvidas ao longo do curso, de forma a detetar os focos de instabilidade e dar a melhor resposta à situação em tempo oportuno. São exemplos disso, situações de intoxicação medicamentosa, dispneia e insuficiência respiratória, convulsões, entre outras, nas quais foi necessário intervir de forma rápida e adequada, para atender à complexidade das situações. No contexto de estágio realizado no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal tivemos também oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a RN em situação de instabilidade hemodinâmica, os quais requeriam uma vigilância contínua, de modo a detetar e corrigir precocemente qualquer situação de risco. Os conteúdos abordados em sala de aula ao longo do Curso de Mestrado e a realização do Curso SAVP foram fundamentais no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades nesta área, permitindo mobilizar e aplicar esses conhecimentos na prática clínica de forma adequada quando necessário. No estágio no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal tivemos também oportunidade de participar numa formação em serviço sobre os cuidados paliativos na neonatologia e, além disso, colaborar na prestação de cuidados de enfermagem a um RN ao

qual eram prestados cuidados paliativos e medidas de conforto. O enfermeiro EESIP desempenha um papel essencial nesta área, no apoio e na parceria de cuidados com os pais, bem como no desenvolvimento do processo de luto pela família, numa situação que é inesperada e de elevada complexidade para a família.

O enfermeiro EESIP realiza a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e atua em conformidade. A dor consiste numa “experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão, sem indicadores específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde”. (DGS, 2010, p.4) A gestão e controlo da dor são um dever dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro EESIP e um direito da criança, expresso na Carta da Criança Hospitalizada. (DGS, 2010).

Isto remete-nos para a realização de um trabalho realizado na unidade curricular de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria II, que consistiu na elaboração de uma revisão *Scoping* sobre as intervenções de enfermagem na Síndrome de Abstinência Neonatal, no qual aprofundámos as medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor no RN. Durante o estágio no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal tivemos oportunidade de avaliar a dor no RN de acordo com a Escala de *Echelle de Douleur et D'inconfort du Nouveau Né* [EDIN] e de prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN com síndrome de abstinência neonatal, no qual foi necessário mobilizar e aplicar os conhecimentos na área, garantir a gestão de medidas farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente a administração de morfina, de acordo com prescrição médica e avaliação da Escala de *Finnegan*,

Nos vários contextos de estágio, mobilizámos e aplicámos conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem, monitorizámos a dor da criança/jovem de acordo com as Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças da DGS (2010) e com o Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança da OE (2013). Recorremos a várias medidas de alívio da dor, tanto farmacológicas como não farmacológicas, para o alívio da dor na criança. Assim recorremos a técnicas de distração, à amamentação, à sucção na chupeta, à visualização de vídeos, à musicoterapia, ao brinquedo terapêutico, à aplicação de frio, à administração de sacarose, aos anestésicos de aplicação tópica, de acordo com a idade da criança/jovem, na realização de procedimentos dolorosos (vacinação, punção venosa periférica, tratamento de feridas, suturas,

colheitas de sangue, etc.). No Serviço de Urgência Pediátrica recorreremos ainda à administração inalatória de anestésico à base de protóxido de azoto, o qual se verificou ser uma mais-valia durante a realização de suturas e outras situações de pequenas cirurgias, em que se comprovou o efeito anestésico e permitiu que as crianças/jovens permanecessem tranquilos durante o procedimento, o que também leva à diminuição de stress na família. Para além disso, foram também administrados analgésicos prescritos, para alívio da dor na criança/jovem quando recorreram ao Serviço de Urgência por dor.

O enfermeiro EESIP dá resposta às doenças raras, demonstra conhecimentos sobre as mesmas de acordo com a evidência científica, presta cuidados de enfermagem apropriados e encaminha as crianças para outros profissionais se necessário. Definem-se como doenças raras as que possuem uma prevalência inferior a 5 casos por cada 10000 pessoas, sendo cerca de 80% com origem genética e 50% dos novos casos diagnosticados em crianças. A maior parte destas doenças possui manifestações clínicas graves e incapacitantes, com início antes dos 2 anos de idade, com deficiência motora, sensorial ou intelectual associadas, requerendo esforços combinados especializados de várias áreas de intervenção, de forma a garantir que o tratamento, a reabilitação e a integração dos doentes na sociedade seja o mais adequado. (MS, 2015c) O enfermeiro EESIP desempenha assim um papel de destaque junto das crianças/jovens e família com doença rara, na mobilização de conhecimentos, no desenvolvimento de respostas adequadas às necessidades individuais de cada criança/jovem e família, uma vez que a gestão de doenças raras exige um alto nível de parceria entre os vários setores, necessidade permanente de investigação e o encaminhamento atempado e adequado (MS, 2015c).

No estágio I, realizámos um estudo de caso acerca de uma criança com Síndrome de *Rubinstein Taybi*, uma doença genética rara, com repercussões a nível físico, cognitivo, no desenvolvimento, na linguagem e na aprendizagem da criança. De forma a delinear as respostas adequadas às necessidades individuais da criança e da família, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica no sentido de desenvolver conhecimentos sobre a doença, de modo a mobilizar esses conhecimentos na prática. Isso permitiu identificar melhor as necessidades da criança, formular um plano de cuidados adequado, prestar cuidados de enfermagem especializados e ainda providenciar o encaminhamento da criança para outros profissionais.

O enfermeiro EESIP recorre a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares com base na evidência para prestar cuidados à criança/jovem que promovam

ganhos em saúde. Segundo o Parecer n.º 18/2011 do Conselho de Enfermagem (2011), o enfermeiro fundamenta-se em conhecimentos científicos e técnicos adotando todas as medidas que procurem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem com base no diagnóstico de enfermagem. As terapias complementares são associadas aos tratamentos convencionais e não como substituição do mesmo. (Conselho de Enfermagem, 2011) Durante os vários contextos de estágio prestámos cuidados à criança/jovem e família recorrendo a terapias de enfermagem comuns e complementares com base na evidência científica dentro da área de competências do enfermeiro EESIP, de acordo com as necessidades de cada criança/jovem, onde se destaca o uso da musicoterapia e técnicas de relaxamento no alívio da dor da criança.

No Serviço de Urgência Pediátrica e no internamento prestámos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com doença crónica, doença oncológica, deficiência ou incapacidade, diagnosticando necessidades especiais e capacitando a criança/jovem e família para desenvolverem estratégias de *coping* e de adaptação à sua situação de doença. Neste âmbito prestámos cuidados à criança com *Diabetes Mellitus* tipo 1, fornecendo-lhes o conhecimento e o apoio necessário para a gestão do seu processo terapêutico. Participámos na administração de terapêutica à criança com doença oncológica, em Hospital de Dia no contexto de estágio no Internamento de Pediatria, no qual foi necessário mobilizar conhecimentos e desenvolver estratégias promotoras de esperança. É de realçar o papel do enfermeiro EESIP no apoio e na capacitação da criança/jovem e família nestas situações de doença.

4.2.3 Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

“E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p.19194)

Os conteúdos programáticos abordados na unidade curricular Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica I contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos e competências de nível avançado sobre o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem. No estágio realizado na USF, durante as consultas de saúde infantojuvenil tivemos oportunidade de avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança/jovem através de instrumentos e escalas apropriadas, de acordo com as recomendações do PNSIJ, nomeadamente, através das curvas de crescimento da OMS e da Escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada, procedendo ao registo dos dados obtidos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e no processo clínico da criança/jovem. Os conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil permitiram detetar alterações no crescimento e desenvolvimento da criança/jovens comparativamente ao que seria esperado e delinear estratégias adequadas. No sentido de promover o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, nas consultas foram abordados os cuidados antecipatórios de acordo com a idade da criança/jovem, no sentido de fornecer conhecimentos e orientações às famílias para promoverem o desenvolvimento infantojuvenil.

Durante o estágio no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal tivemos oportunidade de intervir na promoção da vinculação junto do RN doente e com necessidades especiais, como no caso do RN prematuro. Para isso avaliámos o desenvolvimento da parentalidade, desenvolvemos e mobilizámos conhecimentos sobre as competências do RN, estabelecemos uma parceria de cuidados com os pais, envolvendo-os de forma participativa nos cuidados ao RN, através da negociação com os pais. Fornecemos conhecimentos aos pais, de modo a facilitar a sua participação nos cuidados de higiene, conforto e alimentação ao RN. Promovemos a amamentação, o contacto pele-a-pele através do método Canguru ao RN prematuro de acordo com a sua situação clínica, promovendo assim a vinculação. O papel do enfermeiro EESIP é fundamental na capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao RN, no ganho de autonomia por parte dos pais e na promoção da vinculação com o RN internado nas unidades de cuidados intensivos neonatais. Neste contexto de estágio, foi gratificante observar a progressiva aquisição de competências por parte dos pais na participação dos cuidados ao RN, bem como acompanhar a evolução clínica dos RN ao longo do estágio, uma vez que habitualmente o internamento é prolongado. Na prestação de cuidados ao RN gravemente

doente ou com instabilidade hemodinâmica foram utilizadas estratégias promotoras de esperança, providenciando informações sobre a real condição clínica do RN. Em alguns casos, tanto no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal como no Internamento de Pediatria, foi necessário gerir o processo de resposta ao RN/criança com necessidades de intervenção precoce, devido à ausência dos pais durante o internamento, pela existência de condições sociais precárias, nas quais foi necessário estabelecer parceria com o Serviço Social, de forma a providenciar respostas e um acompanhamento adequado.

Nos vários contextos de estágio comunicámos com crianças/jovens e famílias, com diferentes idades, estadios de desenvolvimentos e culturas, recorrendo a técnicas de comunicação adequadas. A comunicação com a criança foi adequada ao estágio de desenvolvimento infantil, recorrendo a brinquedos, a desenhos, de modo a estabelecer uma comunicação eficaz com a criança. Na comunicação com a criança/jovem e família adotámos sempre uma atitude de respeito para com as suas crenças, valores e cultura. Tivemos a preocupação de comunicar com a criança olhando-a nos olhos e de nos colocarmos ao mesmo nível da altura da criança.

Ao longo da prática clínica, na prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente, tentámos promover a sua autoestima e a sua autodeterminação, facilitando a expressão das suas emoções e fazendo um reforço positivo da sua imagem corporal. Durante o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica deparámo-nos com situações de intoxicações voluntárias medicamentosas e de comportamentos de autoagressão por parte de adolescentes, nas quais foi necessário prestar cuidados de enfermagem adequados e adotar estratégias de comunicação adequadas, facilitando a expressão de emoções e realizar o encaminhamento adequado para a pedopsiquiatria de acordo com as suas necessidades.

No âmbito das consultas de saúde infantil e juvenil, bem como nas várias oportunidades que surgiram noutros contextos de estágio, motivámos os adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente para a prática de exercício físico, para hábitos de alimentação saudáveis e para a aquisição de medidas de segurança, reforçando a tomada de decisão responsável e negociando um contrato de saúde com o adolescente.

4.3 Competências de Mestre

O processo de aprendizagem ao longo do percurso do Curso de Mestrado em associação na área da especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, além das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro EESIP, baseou-se também na aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre.

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, constitui a quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 107/2008, de 25 de junho, 230/2009, de 14 de setembro, 115/2013, de 7 de agosto, e 63/2016, de 13 de setembro, altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. O Decreto-Lei n.º 27/2021 altera os artigos n.º 21.º, 22.º e 41.º e revoga o n.º 3 do artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. (Presidência do Conselho de Ministros, 2018)

De acordo com artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162) o grau de mestre é atribuído aos que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p.4162)

No decorrer deste Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica procurámos, a partir dos conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Licenciatura em Enfermagem e ao longo da atividade profissional na área de enfermagem, desenvolver e adquirir conhecimentos e competências relacionadas com a área da saúde infantil e pediatria. A componente teórica, através das aulas, das pesquisas realizadas e os trabalhos desenvolvidos nas várias unidades curriculares permitiram-nos compilar e refletir sobre várias temáticas relacionadas na área de intervenção do enfermeiro EESIP. Nos vários temas estudados a Linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida” despertou-nos um interesse e curiosidade particular, pelo que foi essa a direção escolhida.

A realização dos Estágios permitiu-nos desenvolver e mobilizar os conhecimentos adquiridos e aplicá-los na resolução de problemas detetados em contextos reais de forma a promover a segurança e qualidade de vida da criança/jovem e família nos vários contextos multidisciplinares. Podemos destacar a realização do estudo de caso no estágio I, no qual procurámos elaborar um plano de cuidados individualizado e desenvolver estratégias na nossa área de intervenção que fossem de encontro às necessidades da criança/jovem e família. Importa referir ainda a elaboração da Revisão *Scoping* – Transporte Inter-hospitalar pediátrico em segurança, a qual permitiu mapear intervenções que promovam a qualidade e a segurança da criança no TIP. Isso permitiu-nos também desenvolver conhecimentos na área da investigação e aplicar esses conhecimentos para melhorar a qualidade da prática dos cuidados de enfermagem no dia-a-dia, fundamentando a nossa intervenção de enfermagem com base na evidência científica.

A oportunidade de vivenciar experiências complexas nos diversos contextos da área de intervenção do enfermeiro EESIP possibilitou-nos mobilizar conhecimentos, melhorar a nossa capacidade de decisão enquanto enfermeiros, na resposta às várias situações com as quais

somos confrontados, atuando sempre de acordo com os princípios éticos e legais inerentes à Enfermagem, bem como uma profunda reflexão sobre os cuidados prestados à criança/jovem e família, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A realização do projeto de intervenção em serviço numa área que reconhecemos haver uma oportunidade de melhoria na segurança e na prática dos cuidados, de acordo com os princípios da metodologia de projeto, permitiu-nos desenhar e construir um projeto de intervenção que fosse de encontro às necessidades existentes e deu-nos habilidades e competências nesta área para que no futuro possamos continuar a desenvolver o projeto de acordo com as necessidades futuras e com base na reavaliação do mesmo, com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Todas estas atividades desenvolvidas bem como os conhecimentos adquiridos, trouxeram-nos ferramentas e contributos que servirão de base para a nossa aprendizagem ao longo da vida e para nosso percurso profissional enquanto mestres na área da especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pois tal como refere Queirós (2014)

“o enfermeiro, ao incorporar nos seus cuidados as melhores evidências, dando-lhe o toque pessoal e adequado in loco à situação concreta, avaliando e ponderando eticamente qual a melhor estratégia de ação, cria saber disciplinar próprio, qualifica as intervenções junto dos seus utentes, caminha, tornando-se perito.” (p.780)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente relatório permitiu-nos dar uma ênfase especial aos conhecimentos e habilidades desenvolvidas ao longo de todo o percurso académico durante a realização do Curso de Mestrado. Para além disso possibilitou-nos analisar de forma crítica e refletir sobre o caminho percorrido até aqui, bem como sobre as competências do enfermeiro EESIP que tivemos oportunidade de adquirir e desenvolver nas várias unidades curriculares do curso e na prática clínica nos vários contextos de estágio.

Analisando os vários capítulos que compõem o relatório, constatamos que a realização do enquadramento teórico e conceptual permitiu aprofundar conhecimentos na área da Linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida” da criança, indo ao encontro da nossa área de interesse e que motivou toda a investigação – o TIP. O enquadramento da problemática na Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, fez-nos compreender que a criança/família encaram a doença e a situação do transporte como uma situação de incerteza e isso pode ser influenciado pela forma como nós enquanto profissionais de saúde fornecemos informações ao binómio criança/família sobre a situação de doença e sobre os cuidados de saúde prestados à criança. Esta noção permite-nos prestar cuidados individualizados e especializados à criança/família, envolvendo-as na parceria de cuidados, ponderar cuidados de excelência e planear o transporte de forma eficaz, fornecendo todas as informações necessárias à criança/família para que encarem a situação de doença e a situação do TIP, não como uma incerteza, mas como uma oportunidade de alcançar melhor qualidade de vida e de promover a segurança da criança no transporte.

A elaboração de uma revisão *Scoping* possibilitou-nos ir ao encontro da investigação em Enfermagem na procura da melhor evidência científica sobre a promoção da segurança no TIP. Isso permitiu-nos aprofundar conhecimentos e desenvolver estratégias adequadas para a promoção da segurança da criança e para a melhoria contínua dos cuidados na prática clínica do TIP. Pretendemos dar continuidade a esta investigação e partilhar os conhecimentos obtidos através da publicação de um artigo científico sobre a revisão.

A realização do estudo de caso durante o estágio I constituiu um importante desafio, devido à problemática identificada e ao contexto socio familiar em que a criança se encontra inserida. Isso obrigou-nos a realizar uma pesquisa alargada, o que contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos sobre uma situação real, analisar essa situação, identificar problemas com base numa colheita de informações e planejar estratégias adequadas e individualizadas, de forma a satisfazer as necessidades da criança/família, tendo como princípio o processo de enfermagem. O estudo de caso enriqueceu a nossa formação, uma vez que permite correlacionar a teoria e a prática clínica e constituirá uma mais-valia na resolução de problemas e na tomada de decisão noutras situações na nossa prática clínica futura.

O projeto de intervenção em serviço possibilitou-nos a aquisição de um conjunto de ferramentas para construir e planejar um projeto de forma a solucionar uma área considerada problemática. A pesquisa realizada e o desenvolvimento de estratégias adequadas, capacitou-nos para a realização de projetos futuros. O projeto sobre o TIP permitiu aprofundar conhecimentos na área do TIP, compreender como funciona o transporte de crianças no nosso país entre as várias instituições, identificar aspetos a melhorar nesta área e a formular objetivos e estratégias com vista a atingir os objetivos. Através da metodologia de projeto, foi possível analisar a prática do TIP, uniformizar a intervenção do enfermeiro na prática do TIP, otimizar estratégias com vista à promoção da segurança da criança no transporte.

A realização do projeto permitiu-nos ainda sensibilizar as equipas para a promoção da segurança no transporte e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no TIP. Consideramos assim ter atingido os objetivos propostos para o projeto de intervenção em serviço. Importa referir que este não é um projeto concluído, uma vez que pretendemos dar continuidade ao mesmo e aguardamos a aprovação do procedimento sobre o TIP para que seja publicado na página intranet da Unidade Hospitalar e a partir desse momento colocado em prática em todos os serviços onde se realizam transporte de crianças. Pretendemos assim continuar a promover a formação e sensibilização dos enfermeiros nesta área, porque consideramos que a promoção da segurança da criança e a melhoria contínua dos cuidados de saúde só é possível através da sensibilização, formação e envolvimento das equipas.

A variedade e complexidade de situações com que nos deparámos nos diferentes contextos de estágios levaram-nos a desenvolver conhecimentos nas mais variadas áreas de intervenção do enfermeiro EESIP, de forma a melhorar a nossa prestação na prática de cuidados aos

RN/crianças/jovens e famílias a quem tivemos oportunidade de prestar cuidados. A reflexão sobre a prática, tanto a nível individual como em conjunto com os orientadores nos momentos de avaliação formativa, permitiram uma evolução crescente na prestação de cuidados e na aquisição de competências do enfermeiro EESIP.

Tendo em consideração os novos desafios que se têm vindo a colocar para a enfermagem, não só a nível local, mas também a nível global, pelas pandemias, pelas desigualdades socioeconómicas, pelas disparidades na qualidade e no acesso à saúde, à escassez de recursos, pelo desenvolvimento de doenças associadas a comportamentos/estilos de vida, entre outros, torna-se cada vez mais importante investir na saúde, segurança e qualidade de vida das crianças. Promover a segurança e comportamentos promotores da saúde na criança é contribuir para a saúde das populações futuras. Por outro lado, é fundamental promover a qualidade dos cuidados de saúde, de acordo com a evidência, proceder a uma gestão eficaz dos recursos existentes e o acesso aos cuidados de saúde, de forma a ganhar a confiança das pessoas nos cuidados de saúde para que participem ativamente na sua saúde e façam escolhas saudáveis, conduzindo assim à aquisição de ganhos na saúde.

Destaca-se por isso a importância da atitude do enfermeiro EESIP, que de acordo com as suas competências assiste a criança/jovem e família a maximizar a sua saúde, capacitando-os para a promoção da saúde; presta cuidados à criança/jovem e família nas situações com especial complexidade, fornecendo respostas adequadas às necessidades; presta cuidados de enfermagem às necessidades específicas de acordo com o desenvolvimento da criança/jovem; desenvolve projetos de intervenção em serviço que ofereçam respostas adequadas aos problemas existentes.

O Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica proporcionou-nos um crescimento pessoal e profissional, fornecendo-nos os conhecimentos, habilidades e competências para responder às situações complexas e aos novos desafios que surgem no dia-a-dia da enfermagem, com base na investigação, na reflexão da prática clínica, no âmbito do domínio das competências comuns e específicas do enfermeiro EESIP e de mestre em enfermagem.

A aproximação do final desta etapa culminou com a minha integração num novo serviço, nomeadamente no serviço de urgência pediátrica, permitindo-me colocar em prática todos os

conhecimentos e competências adquiridos e continuar a trilhar o meu caminho na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família, o que não podia ser mais gratificante. Os conhecimentos desenvolvidos, os momentos vivenciados em cada contexto de estágio e a partilha de experiências foram de extrema importância para esta nova etapa, pois contribuíram para a capacidade de reflexão sobre a prática, para a procura da evidência na fundamentação dos cuidados prestados, para o sentido de responsabilidade e autocrítica e para a nossa satisfação/realização profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abecassis, F. & Vieira, M. (2013). *Estabilização e transporte da criança gravemente doente – manual*. Lisboa, Portugal: Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. [ARSA] (2016, julho). Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja acreditada pela DGS. In ARSA. Disponível em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Unidade-de-Sa%C3%BAde-Familiar-Alfa-Beja-acreditada-pela-DGS.aspx?PageID=540>

Alves, J.M.N. O., Amendoeira, J. J. P. & Charepe, Z. B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), 1-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>

Assembleia da República (2019, setembro). Lei n.º 95/2019 – Aprova a Lei de Bases de Saúde. *Diário da República*, Série I, n.º 169, 55-56. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2017, outubro). *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal - Relatório de Avaliação*. Portugal. Disponível em: https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR] (2020, julho). *Relatório Julho 2020*. Barcarena, Portugal. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2020/Relatorios/Relatorio%20Julho%202020.pdf>

Baptista, T., Matos, I. P. & Coelho, P. B. (2015). Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade Infantil nos Exames Globais de Saúde dos 5-6 Anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 109-112. Disponível em: <https://pjp.spp.pt//article/view/3191/5073>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN:972-8535-97-X

Breathnach, M. & Lane, P. (2017). Paediatric inter-hospital transportation: a clinical governance project. *British Journal of Nursing*, 13 (26), 758-761. Doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.13.758>

Colley, S. (2003, maio). Nursing theory: its importance to practice. *Nursing Standard*, 17(46), 33-37. Doi: [10.7748/ns2003.07.17.46.33.c3425](https://doi.org/10.7748/ns2003.07.17.46.33.c3425)

Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Conselho de Enfermagem (2011). *Parecer n.º 18 / 2011: Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de Enfermagem baseadas na CIPE?* Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf

Cunha, M., Estrada, J. F. & Abecasis, F. (2022, janeiro). Pediatric interhospital transport: who and how we transport in the south of Portugal. *Portuese Journal of Pediatrics*, 53, 367-75. Doi: <https://doi.org/10.25754/pjp.2022.23918>

Decreto-lei n.º 73/2017 de 21 de junho. (2017, junho). Saúde. *Diário da República*, série I, n.º 118, 3128-3140. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011, março). *Orientação n.º 008/2011 – Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. *In DGS*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde. *In DGS*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2020). Norma nº 004/2020 de 23 de março atualizada a 14 de outubro: COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. *In COVID-19 – Direção-Geral da Saúde*, 1-30 Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Norma_004_2020_act_14_10_2020.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). Orientação n.º 014/2010 de 14 de dezembro: *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS_dor_pedia%CC%81trica.pdf

Doenges, M. E. & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem – Um texto interativo para o raciocínio diagnóstico* (5.ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.

Entidade Reguladora Da Saúde [ERS] (2020). Regulamento n.º 964/2020 de 3 de novembro. Sumário: Transferência de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 214, 115-121. Disponível em: https://www.ers.pt/media/pw5f32nl/reg_transutentes.pdf

Faria, S., Lomba, L., Carvalhais, M. & Apóstolo, J. (2017, janeiro-abril). Transporte de crianças em ambulâncias terrestres: Segurança e conhecimentos dos profissionais. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1433–48. Doi: 10.15649/cuidarte.v8i1.349

Fawcett, J. (2005, outubro). Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Revista Aquichan*. 5(1), 32-43. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a04.pdf>

Figueiredo, M. C. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 2(VI), 102-107. Disponível em [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2590/1/O%20ES-](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2590/1/O%20ES-TUDO%20DE%20CASO%20COMO%20M%C3%89TODO%20DE%20INVESTIGA%C3%87%C3%83O%20EM%20ENFERMAGEM.pdf)

[TUDO%20DE%20CASO%20COMO%20M%C3%89TODO%20DE%20INVESTIGA%C3%87%C3%83O%20EM%20ENFERMAGEM.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2590/1/O%20ES-TUDO%20DE%20CASO%20COMO%20M%C3%89TODO%20DE%20INVESTIGA%C3%87%C3%83O%20EM%20ENFERMAGEM.pdf)

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro: *Sumário: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026)*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 187, 96-103. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., Zago, M. M. F. (2003, maio-junho). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3), 371-375. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>

George, J.B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à prática profissional* (4ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora

Graban, M., & Swartz, J. (2012). *Healthcare kaizen : Engaging Front-Line Staff in Sustainable Continuous Improvements*. New York, EUA: CRC Press Taylor & Francis Group. Disponível em: [https://www.crcpress.com/Healthcare-Kaizen-Engaging-Front-Line-Staff-inSustainable-](https://www.crcpress.com/Healthcare-Kaizen-Engaging-Front-Line-Staff-inSustainable-Continuous-Improvements/GrabanSwartz/p/book/9781439872963#googlePreviewContain)

[Continuous-Improvements/GrabanSwartz/p/book/9781439872963#googlePreviewContain](https://www.crcpress.com/Healthcare-Kaizen-Engaging-Front-Line-Staff-inSustainable-Continuous-Improvements/GrabanSwartz/p/book/9781439872963#googlePreviewContain)

Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Nascer e crescer - revista de pediatria do Centro Hospitalar do Porto*. 3 (XXIV), 99-102. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/8509/6083>

Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª Ed.). Instituto de Apoio à Criança: Lisboa. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM]. (2021). *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico*. Versão 2.0: INEM & Gabinete de Marketing e Comunicação

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2015, agosto). *Relatório TIP - Atividade de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (subsistema de transporte Pediátrico e Neonatal) Ano 2014*. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/05/09-TIP-14.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2020a). Orientação Técnica N.º 09/2020 de 30 de março atualizada a 20 de outubro: COVID-19 - Equipamento de Proteção Individual (EPI). *In INEM*, 1-10. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/10/OT-09.02-DEM.-Equipamento-de-Prote%C3%A7%C3%A3o-Individual-EPI-para-todo-o-SIEM-20.10.2020.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2020b). Orientação Técnica N.º 08/2020 de 29 de março: COVID-19 – Fase de Mitigação. *In Serviço Nacional de Saúde*, 1-9. Disponível em: https://www.amn.pt/ISN/recomendacoes covid19/Documents/OT8_SNS_INEM.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2020c). *Relatório de Atividade dos Meios de Emergência Médica*. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/04/Relatorio-Anual-Meios-de-Emergencia-Medica-2020-VF.pdf>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). *Região Alentejo em Números – 2018*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=418869771&PUBLICACOESstema=00&PUBLICACOESmodo=2

Jouvet, P. & Lacroix, J. (2010, agosto). Improving interhospital paediatric transport. *The Lancet*, 376, 660-661. Doi:10.1016/S0140-6736(10)61110-5

Macedo, A. P. (2017, agosto). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Disponível em: https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628bb4a557a5_1.pdf

MaLaren, A. T., & Peters, C. (2016). In situ simulation in neonatal transport. *Infant*, 12 (5), 168-170. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=318badfb-c87b-408f-bac5-aa8d087e0625%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9cHQtcHQmc2l0ZT1lZHMtYm90ZS9wZT1zaXRI#AN=118269846&db=edb>

Marecos, C., Cunha, M. & Carreiro, H. (2014). Síndrome de Rubinstein-Taybi: nova mutação. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(1), 25-28. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1525/1/S%C3%ADndrome%20de%20Rubinstein-Taybi.pdf>

Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(1), 165–169. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072009000100020>;

Ministério da Saúde [MS] (1996). Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República*, I série - A, nº 205, 2959-2962. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Ministério da Saúde [MS] (2013). Despacho n.º 1393/2013 de 23 de janeiro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 16, 3177-3178. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/07-Despacho-1393-2013-de-23-de-janeiro.pdf>

Ministério da Saúde [MS] (2014). Despacho n.º 3251/2014 de 27 de fevereiro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 41, 5873-5873. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2014/02/041000000/0587305873.pdf>

Ministério da Saúde [MS] (2015a). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 28, 3882-(2)-3882-(10). Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Ministério da Saúde [MS] (2015b). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio: Estratégia nacional para a qualidade na saúde. *Diário da República*, 2.ª série, n.º102, 13550–13553. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>;

Ministério da Saúde [MS] (2015c). Despacho n.º 2129-B/2015 de 27 de fevereiro: Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 41, 5190-(8)-5190-(10). Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2015/02/041000002/0000800010.pdf>

Ministério da Saúde [MS] (2017). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico. In *Instituto Nacional de Emergência Médica*. Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/05/25/transporte-inter-hospitalar-pediatico/>

Ministério da Saúde [MS] (2021). *USF Alfa Beja*. In Serviço Nacional de Saúde [SNS]. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40001/4020502/Pages/default.aspx>

Ministério da Saúde [MS] (2022a). *CHU Algarve em números*. Disponível em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros/area-de-influencia/>

Ministério da Saúde [MS] (2022b). O Hospital. Disponível em: <https://www.hevora.min-saude.pt/2021/08/02/o-hospital-2/>

Mishel, M., & Clayton, M. (2008). *Theories of Uncertainty in Illness*. New York: Springer Publishing Company

Odetola, F. & Gebremariam, A. (2019). Transfer hospitalizations for pediatric severe sepsis or septic shock: resource use and outcomes. *BMC Pediatrics*, 19 (196), 1-7. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1577-5>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos. In *Ordem dos enfermeiros*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I. Lisboa: OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *In Ordem dos enfermeiros*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolo dorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. *In Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2ª série, nº 133, 19192–19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, n.º 26, 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: https://spci.pt/files/2016/03/9764_mio1.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS] & UNICEF (2018, maio). *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância – Plano global para ação e resultados*. Disponível em:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-consultation-pt.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2018, dezembro). 10 facts on global road safety. *In World Health Organization*. Disponível em: <http://origin.who.int/features/factfiles/ro-adsafety/en/>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra: OMS. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Pereira, R. (2018). *Transporte inter-hospitalar pediátrico: recomendações para o planeamento*. (Relatório de Estágio). Universidade de Évora (Mestrado em Enfermagem), Évora, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/23274>

Portaria nº 260/2014 de 15 de dezembro. (2014). Regulamento do Transporte de Doentes. *Diário da República*, série I, nº 241, 1-16. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114999075/201907272320/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_Legislacao-Consolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma

Prabhudesai, S., Kasala, M., Manwani, N., Krupanandan, R., & Ramachandran, B. (2017). Transport-related Adverse Events in Critically-ill Children: The Role of a Dedicated Transport Team. *Indian Pediatrics*, 54(11), 942–945. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13312-017-1187-y>

Presidência da República (1976, abril). Constituição da República Portuguesa. *Diário da República*, I série, n.º 86, 738-775. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>

Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República*, Série I, n.º 157, 4147-4182. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Queirós, P. J. P. (2014, julho-setembro). Reflexões para uma Epistemologia da Enfermagem.

Texto Contexto Enferm, 23(3), 776-781. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002930013>

Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010, janeiro-março). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37. ISSN 1646-5067. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C. & Costa, N. M. V. N. (2011, março). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competências(s). *Referência – Revista de enfermagem*, 3 (3), 15-23. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962003.pdf>

Thompson, I., Melia, K., M., & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição). Loures, Portugal: Lusociência

Transporte Inter-hospitalar Pediátrico [TIP] Algarve (2019). *Relatório Anual 2019 – TIP Algarve*. Faro: Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA] (2018). *Plano Local de Saúde 2018–2020*. Disponível em <http://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf>

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA] (2022). *Departamento de Urgência, Emergência e Anestesiologia*. Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/departamento-de-urgencia-emergencia-e-anestesiologia-servicos-clinicos/>

Wegner, W., Silva, M. U. M., Peres, M. A., Bandeira, L. E., Frantz E., Botene, D. Z. A & Predebon, C. M. (2017, março). Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38 (1), 1-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>

APÊNDICES

APÊNDICE I – RESUMO DA REVISÃO SCOPING: TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO EM SEGURANÇA

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO EM SEGURANÇA: UMA REVISÃO SCOPING

RESUMO

Introdução: O transporte de uma criança/jovem para outro hospital surge da necessidade de lhe proporcionar cuidados diferenciados, para ser assistido por uma equipa especializada numa determinada área que não está disponível no hospital de origem. O transporte é um momento delicado que envolve riscos pelo que é essencial adotar medidas de segurança e ponderar todos os riscos e benefícios que acarreta.

Objetivos: O objetivo da presente revisão consiste em mapear intervenções que promovam a qualidade e a segurança da criança no transporte inter-hospitalar pediátrico. Pretende-se dar resposta às questões: Quais as intervenções de enfermagem que promovem a segurança da criança no transporte inter-hospitalar pediátrico? A formação dos profissionais contribui para a qualidade dos cuidados no transporte inter-hospitalar pediátrico e para a promoção da segurança da criança?

Método: Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, através da EBSCOhost* e na *PubMed (MEDLINE)* utilizando as palavras-chave: *transportation of patients; safe; inter-hospital transport; patient transfer; inter-facility transport*. Após seleção dos artigos obtidos foram incluídos 4 artigos na revisão.

Resultados e Discussão: Os artigos sugerem que a formação sobre o transporte inter-hospitalar pediátrico melhora a segurança no transporte, contribui para a confiança e motivação dos profissionais de saúde. Recomendam a elaboração de normas e procedimentos sobre o transporte pediátrico e a realização de planos de formação contínua sobre o transporte e suporte avançado de vida pediátrico [SAVP] aos enfermeiros.

Conclusão: Há evidência de que a formação acerca do transporte aos profissionais, tem efeito benéfico na segurança do transporte pediátrico.

Palavras-chave: transporte inter-hospitalar; transporte pediátrico; transporte de doentes; segurança; formação profissional.

APÊNDICE II – CAPA E PLANEAMENTO DE CUIDADOS DO ESTUDO DE CASO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO I
Docente Orientador: Professor António Casa Nova

ESTUDO DE CASO

Autor:
Vera Palma, nº 1508

Abril
2021

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<p><u>DESENVOLVIMENTO INFANTIL</u> <u>COMPROMETIDO</u></p>	<p>Desenvolvimento infantil melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar desenvolvimento da criança através da Escala de Desenvolvimento Infantil de <i>Griffiths</i> (do nascimento aos 8 anos) – locomotora; pessoal-social; audição e fala; coordenação olho-mão; realização; raciocínio prático (ver anexo II); - Avaliar conhecimento da mãe sobre desenvolvimento infantil; - Ensinar a mãe sobre desenvolvimento infantil; - Instruir sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil; - Promover desenvolvimento infantil; - Referenciar para consulta de desenvolvimento e para Intervenção Precoce. 	<p>"E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras." (OE, 2018, p.19193) "E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil" (...) E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil." (OE, 2018, p.19194)</p>
<p>Fundamentação teórica: O desenvolvimento psicomotor da criança constitui um processo dinâmico e contínuo no qual surgem diversas aquisições, cuja progressão varia de criança para criança. A avaliação e deteção precoce de alterações no desenvolvimento têm impacto na qualidade de vida, na educação e na socialização da criança. Esta avaliação deve ser realizada pelo enfermeiro através de uma observação crítica e rigorosa, com vista a otimizar as potencialidades da criança. (DGS, 2013) De forma a promover o desenvolvimento da criança, o enfermeiro deve aliar o conhecimento acerca do desenvolvimento infantil ao uso de instrumentos de avaliação do desenvolvimento que sejam fiáveis, seguros e de fácil aplicação. (OE, 2010) A Escala de Desenvolvimento de <i>Griffiths</i> é um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, recomendado pela OE para crianças até aos 8 anos. Permite avaliar seis áreas do desenvolvimento: locomoção, pessoal-social, audição e linguagem, coordenação olho-mão, realização e raciocínio prático. Nesta escala são usados como recurso vários materiais coloridos e apelativos. (OE, 2010)</p>			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>EXCESSO DE PESO ATUAL</u>	Peso dentro dos limites normais	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar peso; - Monitorizar altura; - Monitorizar IMC; - Monitorizar TA; - Avaliar padrão alimentar; - Avaliar conhecimento sobre alimentação infantil; - Ensinar sobre alimentação infantil; - Avaliar padrão de exercício; - Incentivar prática de exercício físico. 	<p>"E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem."</p> <p>"E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde." (OE, 2018, p.19193)</p>
<p>Fundamentação teórica:</p> <p>Uma alimentação equilibrada é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança (Hockenberry & Wilson, 2014) e "constitui uma necessidade irredutível da criança, sendo consignado na Declaração Universal dos Direitos da Criança." (OE, 2010, p.81)</p> <p>Considera-se excesso de peso quando o IMC se situa entre o percentil 85 e 95 e, obesidade quando o IMC é igual ou superior ao percentil 95 (Baptista, Matos & Coelho, 2015). A obesidade infantil é uma doença de origem multicausal. (OE, 2010)</p> <p>As crianças e jovens com excesso de peso possuem maior risco de desenvolver hipercolesterolemia, diabetes, hipertensão arterial e doenças cardíacas, pelo que a atuação do enfermeiro nesta área é essencial. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p> <p>Em Portugal no ano de 2019, cerca de 29,6% das crianças apresentavam excesso de peso e cerca de 12% obesidade. (DGS, 2021)</p> <p>O aconselhamento e sensibilização dos pais para a necessidade de controlo do peso da criança na consulta de saúde infantil é considerada uma etapa importante para a motivação das famílias, de forma a adquirirem estratégias para a diminuição do peso. (Baptista <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>Crianças com síndrome de Rubinstein-Taybi podem desenvolver problemas renais, pelo que a monitorização da TA deve ser realizada anualmente a partir dos 3 anos. (Marecos <i>et al.</i>, 2014)</p>			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>COMUNICAÇÃO VERBAL COMPROMETIDA</u>	Comunicação verbal melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para comunicar através da fala (linguagem compreensível, articulação das palavras, domínio das consoantes, fluência no discurso, contar história); - Incentivar a criança a comunicar verbalmente; - Ensinar a mãe sobre como estimular o desenvolvimento da linguagem na criança; - Referenciar para consulta de terapia da fala. 	<p>"E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. (...)</p> <p>E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais." (OE, 2018, p.19193)</p> <p>"E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce. (...)</p> <p>E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. (...)</p> <p>E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem." (OE, 2018, p.19194)</p>
<p>Fundamentação teórica:</p> <p>O desenvolvimento da linguagem constitui um processo complexo, no qual intervêm vários fatores que vão desde o desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo da criança até ao ambiente que a rodeia. (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala [SPTF], s.d.)</p> <p>As alterações na linguagem abrangem dificuldade em atribuir significado às palavras, construir frases e mudar a forma das palavras relativamente à posse, tempo e pluralidade. As perturbações na fala englobam as dificuldades na articulação, na fluência como o caso da gaguez, na voz e na produção. (Hockenberry & Wilson, 2014).</p> <p>As perturbações na linguagem têm consequências a nível da socialização, desempenho escolar e na qualidade de vida da criança. Podem surgir de forma isolada ou como resultado de outras alterações no desenvolvimento da criança. (SPTF, s.d.) É importante que o enfermeiro realize uma avaliação e deteção eficaz dos défices na linguagem e da fala, de forma a apoiar a criança/ família e elaborar um plano apropriado e, encaminhar a criança para outros profissionais se necessário. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p>			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>Visão COMPROMETIDA</u>	Visão melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar visão através da Escala optométrica de Snellen; - Ensinar mãe sobre sinais de alerta (criança coloca objetos muito próximo da face, coloca-se à frente da televisão, distrai-se facilmente) - Referenciar para consulta de oftalmologia. 	<p>"E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. (...)</p> <p>E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais." (OE, 2018, p.19193)</p>
<p>Fundamentação teórica:</p> <p>O PNSIJ fornece orientações para as consultas de saúde infantil com o objetivo de detetar e encaminhar precocemente situações passíveis de correção que afetam ou podem vir a afetar negativamente a saúde da criança, como é o caso das perturbações da visão e audição. (Conselho de Enfermagem [CE], 2010)</p> <p>A Escala optométrica de Snellen é um instrumento de avaliação da acuidade visual simples e de fácil utilização. Baseia-se no reconhecimento de símbolos (letras, números ou figuras) organizados de forma decrescente, localizados a uma distância de cerca de cinco metros da criança avaliada. As crianças cujo resultado obtido no teste de visão seja igual ou inferior a 0,8 em qualquer olho ou com diferença de pelo menos duas linhas de um olho para o outro, devem ser encaminhadas para consulta de oftalmologia. (CE, 2010)</p> <p>Nas crianças com síndrome de Rubinstein-Taybi, a presença de estrabismo está descrita em cerca de 50%. (Marecos <i>et al</i>, 2014).</p>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>RISCO DE AUDIÇÃO COMPROMETIDA</u>	Audição melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar audição através de teste logométrico – ler uma lista de palavras ou frases (por exemplo: não, sol, chá, velha, guita, sai, xaile...) e analisar o grau de compreensão da criança. - Avaliar a presença de sinais de alerta de perda de audição; - Ensinar mãe sobre sinais de alerta; - Referenciar para consulta de otorrinolaringologia. 	<p>"E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. (...)</p> <p>E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais." (OE, 2018, p.19193)</p>

Fundamentação teórica:

O PNSIJ fornece orientações com vista à deteção e encaminhamento precoce de alterações que afetem a saúde e qualidade de vida da criança como é o caso das alterações de visão e audição. (CE, 2010)

De acordo com a SPTF (s.d.) a audição é essencial para os processos de perceção, da fala e da comunicação, contribuindo assim para a interação e socialização da criança. As perturbações da audição podem existir ao nascimento ou surgir durante a infância ou mais tarde, podendo ser originada por diversas causas. (SPTF, s.d.)

Durante a infância existem sinais de alerta que permitem suspeitar de perturbações na audição: alteração na fala, alteração no desenvolvimento, a criança pede às outras pessoas para repetirem informação várias vezes, não responde quando é chamada pelo nome, coloca o som da televisão muito alto, refere sensação estranha ou dor no ouvido, fala alto, fica muito atenta à face das pessoas quando estão a falar e tem dificuldade em compreender o que dizem, ou dá respostas fora do contexto da conversa). (SPTF, s.d.)

A presença de otite média aguda recorrente ou persistente, a preocupação dos pais relativamente à audição, o atraso na linguagem, e o atraso de desenvolvimento, constituem indicações clínicas que justificam exame audiológico por serem considerados fatores de risco para surdez. (DGS, 2017)

Nas crianças com síndrome de Rubinstein-Taybi o rastreio auditivo deve ser anual, uma vez que possuem risco de desenvolver surdez, devido à recorrência de infeções respiratórias (Marecos *et al*, 2014).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>ENURESE PRESENTE</u>	Continência urinária efetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar padrão de eliminação vesical; - Ensinar sobre continência urinária (treinar a criança a urinar antes de dormir, antes de ir para escola, para trocar de roupa, não usar fralda...); - Incentivar atitude positiva através de calendário onde a criança regista através de símbolos "estrela" cada dia /noite "seca" como recompensa; - Apoiar a criança / família. 	"E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. (...) E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem." (OE, 2018, p.19193)

Fundamentação teórica:

A enurese ou incontinência vesical pode estar associada a alterações do desenvolvimento, de aprendizagem ou do comportamento e pode ter efeitos psicológicos e sociais negativos na vida da criança, bem como originar situações de embaraço para a mesma. Pode ainda estar relacionada com falhas no treino do bacio, início do treino tardio, dependência dos pais ou ainda com situações emocionais (Hockenberry & Wilson, 2014).

A atuação do enfermeiro em saúde infantil pode ajudar a criança e os pais na perceção do problema e das suas causas e, no planeamento de intervenções adequadas. É importante que os pais compreendam que devem ter uma atitude positiva, compreensiva e paciente com a criança, em vez de a punirem ou envergonharem. Por sua vez a criança deve ser encorajada e motivada para que adquira autonomia e confiança. (Hockenberry & Wilson, 2014).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>ENCOPRESE PRESENTE</u>	Continência intestinal efetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar padrão de eliminação intestinal (frequência, circunstâncias, início); - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos em relação à encoprese; - Ensinar mãe sobre continência intestinal; - Reforçar comportamento positivo (através de autocolantes, elogio à criança). 	<p>"E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. (...)</p> <p>E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem." (OE, 2018, p.19193)</p>
<p>Fundamentação teórica: A encoprese ou incontinência fecal pode ser primária (quando ocorre numa criança com mais de 4 anos que nunca teve continência fecal) ou secundária (quando ocorre após a criança já ter um período de continência fecal instituída). A sua etiologia pode estar associada a vários fatores (psicológicos, patológicos, emocionais, desenvolvimento infantil, entre outros), sendo fundamental compreender a causa para direcionar e adequar o tratamento. O papel do enfermeiro é essencial no ensino e no aconselhamento aos pais, assim como no apoio e incentivo à criança / pais. (Hockenberry & Wilson, 2014).</p>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>PARENTALIDADE COMPROMETIDA</u>	Parentalidade efetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre parentalidade; - Ensinar mãe sobre capacidades parentais; - Promover envolvimento da mãe. - Apoiar a mãe; - Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; - Avaliar conhecimento da mãe sobre medidas de segurança; - Ensinar mãe sobre medidas de segurança, segurança ambiental, sinais de alarme, promoção da saúde; - Informar sobre os serviços de saúde. 	<p>Estabelece com a criança/ família "uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade." (OE, 2018, p.19192)</p> <p>"E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. (...)</p> <p>E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. (...)</p> <p>E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família." (OE, 2018, p.19193)</p> <p>"E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário. (...)</p> <p>E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade." (OE, 2018, p.19194)</p>

<p>Fundamentação teórica: O conceito de parentalidade diz respeito a assumir a responsabilidade de ser mãe/ pai e ao desenvolvimento de comportamentos promotores de um crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis. (OE, 2010) Os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, desempenham um papel preponderante na responsabilização dos pais, estimulando-os à adoção de comportamentos saudáveis, com repercussões positivas na saúde atual e futura da criança. (Baptista <i>et al.</i>, 2015) O PNSIJ (DGS, 2013) considera como um aspeto prioritário o reconhecimento e capacitação dos pais, enquanto principais prestadores de cuidados à criança. O plano chama a atenção para a valorização dos cuidados antecipatórios de forma a promover a saúde e prevenir a doença, transmitindo aos pais a informação necessária ao desempenho e exercício da parentalidade e à proteção dos direitos da criança.</p>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<p><u>RISCO DE DESEMPENHO ESCOLAR COMPROMETIDO</u></p>	<p>Desempenho escolar melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o desempenho escolar; - Reforçar pontos fortes da criança; - Ensinar sobre ambiente adequado, organizado e livre de distrações (desligar a televisão, ter uma área de estudo) enquanto a criança está a fazer os trabalhos escolares; - Incentivar a criança a realizar atividades escolares; - Colaborar com a escola. 	<p>"E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. (...) E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem." (OE, 2018, p.19193)</p>
<p>Fundamentação teórica: As alterações na aprendizagem têm impacto negativo no desempenho escolar da criança e nas atividades de vida diárias da criança com repercussões para o futuro da mesma (Hockenberry & Wilson, 2014). Nas crianças com síndrome de Rubinstein-Taybi devem ser avaliadas as dificuldades de aprendizagem e alterações do comportamento, com vista a que o apoio escolar seja iniciado de forma precoce, uma vez que normalmente estão associadas a défice cognitivo, de aprendizagem e de atenção (Marecos <i>et al.</i>, 2014). É importante que o enfermeiro compreenda qual o tipo de dificuldade de aprendizagem que a criança apresenta, de forma a adequar a sua intervenção, orientar os pais e colaborar com a escola. O enfermeiro participa na elaboração e implementação de um plano educativo personalizado para a criança com necessidades especiais num programa de intervenção precoce. (Hockenberry & Wilson, 2014).</p>			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>FALTA DE CONHECIMENTO SOBRE HIGIENE ORAL</u>	Conhecimento sobre higiene oral melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre higiene oral; - Avaliar padrão de higiene oral; - Ensinar criança sobre higiene oral; - Treinar criança sobre higiene oral. 	<p>"E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. (...)</p> <p>E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde." (OE, 2018, p.19193)</p>
<p>Fundamentação teórica:</p> <p>A cárie dentária constitui a doença crónica mais frequente nas crianças, podendo surgir antes do primeiro ano de idade e progredir para infeção nos primeiros 2 anos de vida. As crianças de famílias com menores rendimentos possuem maior risco de desenvolver problemas dentários e têm menor probabilidade de frequentar um dentista em caso de complicações. (Hockenberry & Wilson, 2014).</p> <p>As crianças com síndrome de Rubinstein-Taybi possuem um risco aumentado de desenvolver cáries, pelo que a vigilância da sua saúde oral deve ser realizada a partir do primeiro ano de idade e ser bianual (Marecos <i>et al</i>, 2014).</p> <p>Segundo o PNSIJ a criança tem direito a usufruir de cheque-dentista de acordo com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil, de forma a prevenir complicações (DGS, 2013).</p> <p>O enfermeiro possui um papel essencial no ensino de práticas de higiene oral e na promoção da saúde oral. (Hockenberry & Wilson, 2014).</p>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO</u>	Comportamento de procura de saúde efetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar comportamento de procura de saúde; - Avaliar necessidades de cuidados sociais e de saúde; - Planear consulta. 	<p>"E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. (...)</p> <p>E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família." (OE, 2018, p.19193)</p>
<p>Fundamentação teórica:</p> <p>O comportamento de procura de saúde, segundo a CIPE versão 2019, corresponde ao modo previsível de identificar e usar os recursos de cuidados de saúde disponíveis (ICN, 2021).</p> <p>O PNSIJ tem como objetivo estimular a adoção de comportamentos promotores da saúde, nomeadamente a alimentação equilibrada, prática de exercício físico, atividades de lazer e a adoção de medidas promotoras da segurança, minimizando o risco de acidentes. (DGS, 2013)</p>			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	COMPETÊNCIAS DO EESIP
<u>ADESÃO AO REGIME DE IMUNIZAÇÃO EFETIVA</u>	Adesão ao regime de imunização efetiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adesão ao regime de imunização; - Avaliar conhecimento da mãe sobre imunização; - Ensinar criança / mãe sobre imunização; - Vacinar criança de acordo com PNV; - Reforçar adesão ao regime de imunização; - Planear vacinação. 	<p>"E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde." (OE, 2018, p.19193)</p> <p>"E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil." (OE, 2018, p.19194)</p>
<p>Fundamentação teórica: De acordo com o PNSIJ (DGS, 2013) é fundamental o incentivo ao cumprimento do PNV e a preservação do estado vacinal das crianças, dos jovens e da restante população. O plano apela ainda à harmonização das consultas de saúde infantil com o esquema do PNV de forma a minimizar as deslocações aos serviços.</p>			

Tabela 1 – Planeamento de Cuidados

**APÊNDICE III – PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO MATERIAL DE EMERGÊNCIA
NA USF**

PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO MATERIAL DE EMERGÊNCIA NA USF

SALA DE TRATAMENTOS

EQUIPAMENTO MÉDICO:

- Desfibrilhador
- Carro de emergência
- Aspirador de secreções
- Conjunto instrumental para pensos
- Termómetro
- Ambu com máscara de adulto e pediátrico
- Esfigmomanómetro digital
- Estetoscópio
- Candeeiro de luz com suporte rotativo
- Debitómetro de oxigénio a 15L/m
- Máscaras com reservatório (O₂ a 100%) de adulto e de criança
- Cânulas de Guedel (vários tamanhos)
- Nebulizador (adulto e criança)
- Equipamento de intubação endotraqueal: laringoscópio e pilhas, lâminas (retas e curvas), pinça de Magil, tubos traqueais (com e sem cuff), nastro e máscara laríngea
- Agulhas Intraósseas
- Agulha com mandril (14G e 16G)

FÁRMACOS PARA TRATAMENTO DA REAÇÃO ANAFILÁTICA:

- Adrenalina a 1:1000 (1mg/ml)
- Oxigénio
- Soro Fisiológico (EV)
- Salbutamol (suspensão pressurizada para inalação 100 µg/dose)
- Metilprednisolona (IM/EV)
- Predisolona (PO)
- Hidrocortisona (IM,EV)
- Clemastina (IM)

CARRO DE EMERGÊNCIA

O carro de emergência deve existir em todas as unidades de saúde frequentadas por doentes com doenças agudas ou crónicas que possam sofrer agravamento e deve estar devidamente selado e organizado da seguinte forma (Direção-Geral da Saúde, 2011):

- Parte superior: desfibrilhador, estetoscópio, oxigénio, insuflador manual;
- Gaveta 1: fármacos de 1ª linha para emergências;
- Gaveta 2: material de via aérea;
- Gaveta 3: material para punção venosa, pás multifunções;
- Gaveta 4: soros, restante material.

O conteúdo do carro de emergência deve seguir a *check-list* incluída no anexo 1 da Orientação nº 008/2011 da Direção-Geral de Saúde (2011). O desfibrilhador deve ser testado diariamente registando o mesmo no anexo 2 da orientação anterior. Sempre que o carro de emergência for usado ou aberto deve-se realizar o respetivo registo no anexo 4 da orientação referida.

BIBLIOGRAFIA:

Direção-Geral da Saúde (2020, setembro). *Norma n.º 018/2020 – Programa Nacional de Vacinação 2020*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2011, março). *Orientação nº 008/2011 – Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011-pdf.aspx>

Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2006, novembro). *Orientações para instalações e equipamentos para Unidades de Saúde Familiar*. Disponível em: https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/instalacoes_equipamentos_usf.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>

APÊNDICE IV – PROCEDIMENTO TIP

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

1/10

Mês/Ano 00/00

SUMÁRIO

1. OBJETIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
8. DOCUMENTOS ASSOCIADOS
9. ANEXOS

CONTROLE DE PUBLICAÇÃO

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
NOME:	NOME:	
DATA:	DATA:	
ASSINATURA:	ASSINATURA:	DATA:

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

2/10

Mês/Ano 00/00

1. OBJETIVO

Definir e uniformizar os cuidados de enfermagem no transporte inter-hospitalar em idade pediátrica, de forma a garantir e promover a qualidade e segurança.

2. APLICAÇÃO

Aplica-se na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.

3. REFERÊNCIAS

- Abecassis, F. & Vieira, M. (2013). *Estabilização e transporte da criança gravemente doente – manual*. Lisboa, Portugal: Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.
- Breathnach, M. & Lane, P. (2017). Paediatric inter-hospital transportation: a clinical governance project. *British Journal of Nursing*, 13 (26), 758-761. Doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.13.758>
- Carta da Criança Hospitalizada (2008). (4ª Ed.). Instituto de Apoio à Criança: Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Despacho n.º 14041/2012 de 29 de outubro. (2012). no Diário da República, 2ª série, n.º 209.
- Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro. (2014). Regulamento do Transporte de Doentes. *Diário da República*, série I, n.º 241, 1-16. Disponível em:
- Entidade Reguladora da Saúde [ERS]. (2020). Regulamento n.º 964/2020 de 3 de novembro. Sumário: Transferência de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 214, 115-121.
- Faria, S., Lomba, L., Carvalhais, M. & Apóstolo, J. (2017, janeiro-abril). Transporte de crianças em ambulâncias terrestres: Segurança e conhecimentos dos profissionais. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1433-48. Doi: 10.15649/cuidarte.v8i1.349
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM]. (2021). *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico*. Versão 2.0: INEM & Gabinete de Marketing e Comunicação
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 1393/2013 de 23 de janeiro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 16, 3177-3178.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

3/10

Mês/Ano 00/00

Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 2784/2013, de 11 de fevereiro de 2013.

Aprova os registos eletrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 20/fev/2013; 36 (II série): 6908 - 6909.

Ministério da Saúde. (2017). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico. *In Instituto Nacional de Emergência Médica*. Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/05/25/transporte-inter-hospitalar-pediatico/>

Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Pereira, R. (2018). Transporte inter-hospitalar pediátrico: recomendações para o planeamento. (Relatório de Estágio). Universidade de Évora (Mestrado em Enfermagem), Évora, Portugal.

Portaria nº 260/2014 de 15 de dezembro. (2014). Regulamento do Transporte de Doentes. *Diário da República*, série I, nº 241, 1-16. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/64797338/details/maximized>

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

Definições:

Transferência: processo, temporário ou definitivo, de encaminhamento físico da criança do serviço/ instituição de origem para o serviço/ instituição de destino;

Transporte: deslocação da criança associada à realização de uma prestação de cuidados de saúde, cuja origem e destino sejam estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de forma a garantir a continuidade e nível dos cuidados adequados, aplicando-se as recomendações para o transporte de doentes críticos, emanadas pela OM e pela SPCI (ERS, 2020).

Abreviaturas:

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora Da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

OM – Ordem dos Médicos

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

4/10

Mês/Ano 00/00

5. REQUISITOS

- 5.1. Os profissionais dos Serviços de Saúde devem garantir e assegurar o respeito pelos direitos da criança hospitalizada, segundo a Carta da Criança Hospitalizada (2008).
- 5.2. O TIP surge da necessidade de proporcionar à criança cuidados mais diferenciados, para ser assistida por uma equipa especializada numa determinada área, para realizar exames auxiliares de diagnóstico ou tratamentos, não existentes no serviço ou no hospital de origem.
- 5.3. As condições existentes durante o TIP devem ser iguais ou superiores às condições prévias ao transporte e nunca piores.
- 5.4. O TIP deve ser realizado por profissionais especializados, com competências em reanimação pediátrica, farmacologia pediátrica e segurança do transporte.
- 5.5. A Ambulância de TIP tem como missão a *“deslocação rápida de uma equipa de transporte de doente crítico urgente em idade pediátrica, a estabilização clínica dos recém-nascidos e/ou crianças gravemente doentes e o transporte acompanhado para a unidade de saúde disponível adequada ao estado clínico”* (Ministério da Saúde, 2013, p.3178).
- 5.6. Requisitos Materiais:
 - 5.6.1. Mala de transporte;
 - 5.6.2. Telemóvel de serviço;
 - 5.6.3. Folha de Avaliação do transporte pediátrico (Anexo 1);
 - 5.6.4. Lista de verificação do transporte inter-hospitalar pediátrico (Anexo 2);
 - 5.6.5. Folha de registo do transporte inter-hospitalar pediátrico (Anexo 3).

6. RESPONSABILIDADES

- 6.1. É da responsabilidade do Médico do serviço de origem:
 - 6.1.1. A decisão de transferência, devidamente fundamentada em critérios clínicos.
 - 6.1.2. Definir qual o tipo de transporte e acompanhamento para a transferência inter-hospitalar.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

5/10

Mês/Ano 00/00

- 6.1.3. Realizar o contacto prévio com o Médico responsável do serviço de destino, de modo a garantir a existência de condições e recursos adequados para receber a criança.
- 6.1.4. Caso não exista vaga ou possibilidade de receber a criança na instituição de destino, deve proceder a todas as diligências para encontrar uma vaga adequada às necessidades da criança, considerando as competências do CODU.
- 6.1.5. Efetuar contacto com CODU, se necessário.
- 6.1.6. Solicitar o consentimento informado e esclarecido, sempre que necessário;
- 6.1.7. Informar o Enfermeiro chefe de equipa / enfermeiro responsável de turno a cerca da transferência e tipo de acompanhamento;
- 6.1.8. Fornecer informação à criança e os pais ou representante legal sobre:
 - 6.1.8.1. A situação clínica da criança;
 - 6.1.8.2. Motivo do transporte;
 - 6.1.8.3. Destino;
 - 6.1.8.4. Tipo de transporte.
- 6.1.9. Realizar o pedido de transporte;
- 6.1.10. Preparar e estabilizar a criança para o transporte;
- 6.1.11. Transferir a criança com a respetiva carta de acompanhamento da transferência e o relatório clínico da criança, incluindo imagem em registo digital, para o serviço de destino;
- 6.1.12. Garantir a disponibilidade de meios de transporte, apropriados à operacionalização da transferência em tempo adequado, dotado dos recursos necessários e equipa de acompanhamento, de acordo com a situação clínica da criança;
- 6.1.13. Garantir o transporte de regresso nas situações de transferência por um período inferior a 24 horas, salvo acordo entre as partes em sentido contrário.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

6/10

Mês/Ano 00/00

- 6.2. É da responsabilidade do Enfermeiro do serviço de origem:
- 6.2.1. Garantir a existência e qualidade dos materiais, fármacos e equipamentos necessários para o transporte inter-hospitalar, pelo que deve verificar:
 - 6.2.1.1. A Mala de Transporte;
 - 6.2.1.2. As condições da ambulância antes do transporte;
 - 6.2.1.3. Os equipamentos que possam vir a ser necessários.
 - 6.2.2. A avaliação da criança antes e durante o transporte, atuando em conformidade dentro da sua área de competências;
 - 6.2.3. Garantir a presença dos pais / representante legal da criança sempre que possível;
 - 6.2.4. Proceder ao preenchimento da Avaliação para o Transporte inter-hospitalar Pediátrico (Anexo1);
 - 6.2.5. Efetuar os registos em tempo útil de modo claro e preciso no Registo de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (Anexo 3);
 - 6.2.6. A passagem de informação clínica sobre a criança deve respeitar os princípios da Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados, acordo com o PR.346.
- 6.3. É da responsabilidade do Assistente técnico efetuar os contactos necessários com corporação de bombeiros ou outra instituição para solicitar o serviço de transporte da criança em ambulância específica, de acordo com o pedido de transporte.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Planeamento e Preparação do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico:

- 7.1. O Médico avalia a criança, define a necessidade da transferência e contacta o médico do serviço de destino.
- 7.2. O Médico, se necessário, contacta o CODU para acionar meio de emergência Ambulância TIP do INEM.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº 00

7/10

Mês/Ano 00/00

- 7.3. O Médico informa a criança e os pais/ representante legal sobre o motivo e necessidade do transporte.
- 7.4. O Médico planea o transporte de acordo com os seguintes aspetos:
- 7.4.1. A situação clínica da criança;
 - 7.4.2. Meio de transporte (terrestre ou aéreo);
 - 7.4.3. A constituição da equipa que irá efetuar o TIP (médica e/ou enfermagem);
 - 7.4.4. Escolha do serviço de destino e contacto com o mesmo;
 - 7.4.5. A distância e o tempo do TIP;
 - 7.4.6. Recursos necessários (equipamentos de monitorização, terapêutica, documentação, ...);
 - 7.4.7. Necessidade de proteção individual;
 - 7.4.8. Previsão de possíveis complicações.
- 7.5. O Médico elabora o pedido de transporte e entrega-o ao Assistente Técnico.
- 7.6. O Assistente Técnico realiza os contactos com as Corporações de Bombeiros e solicita o transporte de acordo com o pedido, caso o transporte seja realizado por via terrestre.
- 7.7. Caso o TIP seja realizado com recurso aos meios aéreos ou à Ambulância TIP, deve o Médico contactar o CODU.
- 7.8. O Médico elabora a carta de transferência, que deve conter toda a informação clínica necessária para assegurar a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde à criança, incluindo:
- 7.8.1. Relatório clínico;
 - 7.8.2. Exames médicos em suporte digital,
 - 7.8.3. Diagnósticos,
 - 7.8.4. Tratamento instituído,
 - 7.8.5. Outras informações pertinentes.
- 7.9. A identificação dos intervenientes na transferência deve ser incluída no processo clínico.
- 7.10. O Médico informa o Enfermeiro chefe de equipa / responsável de turno sobre o transporte e o tipo de acompanhamento e entrega-lhe a documentação referida no ponto 7.8.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº

00

Mês/Ano

00/00

8/10

- 7.11. O Enfermeiro chefe de equipa / responsável de turno contacta o Enfermeiro que irá acompanhar a criança no transporte.
- 7.12. O Enfermeiro apresenta-se aos pais/ representante legal e assegura a sua presença junto da criança sempre que possível.
- 7.13. O Enfermeiro garante a existência e qualidade do material e fármacos necessários para o transporte, considerando o aparecimento de possíveis complicações.
- 7.14. O Enfermeiro reúne toda a documentação necessária e os exames complementares de diagnóstico para acompanhar a criança durante o transporte e garantir uma adequada continuidade de cuidados de saúde.
- 7.15. O Enfermeiro avalia a criança e colabora com o Médico na estabilização clínica da criança.
- 7.16. O Enfermeiro informa a criança e os pais/ representante legal sobre o transporte;
- 7.17. O Enfermeiro preenche a Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (Anexo 1), de forma a prever os recursos necessários para o TIP (profissionais, equipamento, terapêutica, nível de monitorização, tipo de ambulância).
- 7.18. A Equipa antecipa possíveis complicações durante o transporte e define estratégias de atuação:
- 7.18.1. O Médico prescreve terapêutica que prevê que poderá vir a ser necessário administrar durante o transporte.
- 7.18.2. O Enfermeiro preparara os fármacos e soroterapia que poderá vir a ser necessário administrar durante o transporte.
- 7.19. O Enfermeiro executa registos claros e precisos, anotando o nome e contacto do Médico do serviço de origem e do Médico do serviço de destino.
- 7.20. Antes de iniciar o TIP, o Enfermeiro garante que:
- 7.21.1. A ambulância reúne as condições necessárias ao TIP, de acordo com a situação clínica da criança (existência de sistema de retenção adequado à idade/ peso e situação clínica da criança);
- 7.21.2. Todos os equipamentos na ambulância estão a funcionar adequadamente e estão devidamente fixados.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº

00

Mês/Ano

00/00

9/10

- 7.21.3. Todos os acessos venosos, cateteres, tubos, cânulas, drenos e sistemas conectados estão funcionantes e devidamente fixados.
- 7.21.4. Usa o equipamento de proteção adequado à situação e de acordo com as normas em vigor.
- 7.21.5. Possui todos os materiais, equipamentos, medicação e documentos necessários.
- 7.22. O Médico realiza novo contacto com o serviço de destino a informar sobre:
- 7.22.1. A situação clínica da criança.
- 7.22.2. A hora de partida e hora provável de chegada ao destino, de forma a garantir a disponibilidade de vaga e dos recursos necessários.

Durante o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico:

- 7.23. O Enfermeiro garante a segurança da criança, do acompanhante e dos profissionais de saúde através da utilização correta dos cintos de segurança e sistemas de retenção adequados. Se necessário procede à imobilização da criança.
- 7.24. O Enfermeiro garante a presença dos pais / representante legal.
- 7.25. O Enfermeiro presta cuidados de enfermagem à criança, agindo em conformidade com as suas competências profissionais.
- 7.26. O Enfermeiro elabora os registos em tempo útil de modo claro e preciso no documento de registo de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (Anexo 3), com o registo da hora de início e fim do transporte.
- 7.27. Aquando da chegada ao serviço de destino, o Enfermeiro procede à transferência de informação da criança à equipa de destino, respeitando os princípios da Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados, acordo com o PR.346.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

REVISÃO

FOLHA

Nº

00

Mês/Ano

00/00

10/10

Procedimento após o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico:

- 7.28. À chegada ao serviço de origem, o Enfermeiro realiza os registos de enfermagem e informa o Enfermeiro responsável de serviço sobre como decorreu o TIP.
- 7.29. O Enfermeiro procede à reposição e arrumação de todos os recursos materiais e farmacológicos que tenha utilizado, de forma a deixar a Mala de Transporte operacional para nova utilização.
- 7.30. Caso os recursos materiais e farmacológicos não estejam disponíveis no serviço, deve informar o Enfermeiro chefe de equipa / responsável de turno para que este proceda à sua requisição e reposição.

8. DOCUMENTOS ASSOCIADOS

- DGS. (2010). Orientação n.º 014/2010 de 14 de dezembro: *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS_dor_pedia%CC%81trica.pdf
- DGS. (2017). Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

9. ANEXOS

- Anexo 1 – Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
- Anexo 2 – Lista de Verificação do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
- Anexo 3 – Documento de Registo do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

PARÂMETROS		PONTUAÇÃO
1. Via área Artificial		
Não		0
Sim (Adjuvantes básicos)		1
Sim (TET ou Traqueostomia)		2
2. Frequência Respiratória		
0 – 1 ano (0 – 12 meses)	30 - 40	0
	25 – 29 41 - 50	1
	<25 50+	2
1 – 2 anos (12 – 24 meses)	25 - 35	0
	20 – 24 36 - 50	1
	<20 50+	2
2 – 5 anos (24 – 60 meses)	25 - 30	0
	20 – 24 31 - 40	1
	<15 +40	2
5 – 12 anos	20 - 25	0
	15 – 19 26 - 46	1
	<15 40+	2
13 – 16 anos	15 - 20	0
	12 – 14 20 - 25	1
	<12 25+	2
17 – 18 anos	10 - 14	0
	15 – 25	1
	<10 35+	2
3. Suporte Respiratório		
Não		0
Sim (Oxigenoterapia com FiO ₂ <40%)		1
Sim (Oxigenoterapia com FiO ₂ ≥40% ou Ventilação Mecânica)		2
4. Acessos Venosos		
Não		0
Acesso periférico em criança estável (não exclui cateter obturado)		1
Acesso periférico em criança instável OU Acesso central		2
5. Avaliação Hemodinâmica		
Estável (FC e TAS dentro de parâmetros normais para a idade – ver Tabela A)		0
Moderadamente estável		1
Instável (sob inotrópicos ou hemoderivados)		2
6. Monitorização Cardiorrespiratória		
Não		0
Sim (desejável)		1
Sim (em doente instável)		2
7. Risco de Arritmias		
Não		0
Sim, baixo risco (sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata)		1
Sim, alto risco (com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata)		2

ANEXO 1 – AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

PR.394.0

8. Estado de Consciência (AVDS)	
Alerta (A)	0
Reativo a estímulo Verbal (V)	1
Reativo a estímulo Doloroso (D) ou Sem resposta a estímulos (S)	2
9. Suporte Técnico e Farmacológico realizado ou em Curso	
Nenhum dos abaixo indicados	0
Grupo I (corticosteroides, Manitol 20%, NaCL3%, Analgésicos)	1
Grupo II (Inotrópicos, Vasodilatadores, Antiarrítmicos, Bicarbonato, Anestésicos gerais, dreno torácico)	2
10. Prematuridade Atual	
RN > 2000g ou não aplicável	0
RN ≥ 1500g ≤ 2000g	1
RN < 1500g	2
Total	

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0 – 2 Apenas O ₂ ou acesso venoso periférico obturado	A	Ambulância Tipo A (Ambulância de Transporte)	Tripulantes	Nenhuma	Stadard
3 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância Tipo B (Ambulância de Socorro)	Tripulantes e Enfermeiro Generalista	SPO ₂ ; ECG; FC; FR; Temperatura; TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + Monitor de transporte + Medicação prescrita
4 - 6 Sem nenhum item com pontuação 2	C	Ambulância Tipo C (Ambulância de Cuidados Intensivos)	Tripulantes e Enfermeiro Especialista em Saúde pediátrica e pediatria (desejável)	SPO ₂ ; ECG; FC; FR; Temperatura; TA não invasiva	Acima descrito + Material de SAV + Monitor desfibrilhador + seringas e bombas infusoras
≥ 7 ou < 7 Um item de pontuação 2	D	Ambulância Tipo C (Ambulância de Cuidados Intensivos)	Tripulantes, Enfermeiro Especialista em Saúde pediátrica e pediatria (desejável) e Médico	SPO ₂ ; ECG; FC; FR; Temperatura; TA não invasiva / TA invasiva ETCO ₂ (se ventilado)	Acima descrito + Material de VA avançada + Ventilador de transporte

Tabela A - Valores de Referência		
	Frequência Cardíaca (bpm)	TA Sistólica (mmHg)
<1 ano	110 - 160	70 - 60
1 – 2 anos	100 - 150	80 - 95
2 – 5 anos	95 - 140	80 - 100
5 – 12 anos	80 - 120	90 - 110
>12 anos	60 - 100	100 - 120

Pereira, R. (2018). *Transporte inter-hospitalar pediátrico: recomendações para o planeamento*. (Relatório de Estágio). Universidade de Évora (Mestrado em Enfermagem), Évora, Portugal.

ANEXO 2 – LISTA DE VERIFICAÇÃO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO**PR.394.0**

Confirmar

1. Processo de transferência	
Identificação da criança	
Informação aos acompanhantes da transferência e destino	
Identificação e contacto telefónico do médico responsável no serviço de destino	
Identificação e contacto telefónico do médico responsável no serviço de origem	
Registar na folha de registo do transporte a identificação da equipa de transporte	
2. Avaliação da criança	
Motivo e data de admissão no serviço de origem	
História clínica	
Antecedentes pessoais	
Peso da criança	
Motivo da transferência	
Carta de acompanhamento da transferência e exames complementares de diagnóstico	
3. Observação da criança	
Triângulo de Avaliação Pediátrico (T – Trabalho Respiratório / A – Aparência / P – Perfusão periférica)	
A. Via aérea	
Permeabilidade da via aérea durante o transporte / Adjuvantes da via aérea	
Se intubação orotraqueal [IOT] fixação tubo / confirmar nível / raio x	
Colar cervical (trauma)	
Sonda naso / orogástrica em drenagem livre em doente ventilado	
B. Ventilação	
O ₂ suplementar	
Se necessário aspirar secreções antes do transporte	
Monitorização de oximetria de pulso [SPO ₂] / frequência respiratória [FR]	
Parâmetros de ventilação	
Gasimetria após conectar ao ventilador de transporte	
Complicações com ventilação (extubação, obstrução tubo endotraqueal, pneumotórax)	
C. Circulação	
Monitorizar frequência cardíaca [FC], tensão arterial [TA]	
Tempo de preenchimento capilar [TPC], temperatura das extremidades, coloração da pele	
Hemorragia ativa na última hora	
Acessos vascular (2) / Cateter venoso central [CVC] se inotrópicos / Intraóssea se necessário	
Administração de fluídos	
Débito urinário	
D. “Drogas” / Avaliação Neurológica	
Fármacos – já preparadas, devidamente identificadas; ter lúmen livre	
Neurológico: estado de consciência; Escala Coma Glasgow; glicemia; pupilas; analgesia e sedação	
E. Exposição / Trauma	
Tapar a criança após avaliação	
Monitorizar temperatura e manter normotermia	
Expor acessos venosos (facilitar acesso no transporte)	
Trauma: coluna cervical imobilizada; excluir presença de pneumotórax / hemotórax; excluir hemorragia abdominal / pélvica; imobilização ossos longos / bacia	

ANEXO 2 – LISTA DE VERIFICAÇÃO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO**PR.394.0**

F. Família	
Fornecer informação breve e cordial sobre o transporte e serviço de destino; apresentar a equipa; explicar que não devem seguir atrás da ambulância; permitir acompanhamento sempre que possível.	
G. Avaliação Laboratorial	
H. Monitorização no serviço de origem (registar últimos valores antes da mudança de maca)	
ECG; TA; FC; SaO2	
Temperatura	
I. Verificação equipamento de transporte	
Reserva de oxigénio	
Monitor/ desfibrilhador	
Material de via aérea	
Fármacos	
4. Início do Transporte	
Mudança para maca / sistema de retenção adequado	
Mudança de prótese ventilatória	
Mudança equipamento de perfusão e monitorização	
Fixação de tubos / sistemas / cateteres	
Manter a privacidade da criança	
Informar o serviço de destino sobre estado da criança, hora provável chegada e necessidades e confirmar disponibilidade de vaga; levar todos os exames e informação clínica.	
Fixação correta da criança	
Fixação do equipamento	
Registos à saída do serviço	
5. Na ambulância	
Fixação de acordo com idade na maca / sistema de retenção	
Verificação e fixação do equipamento à ambulância	
Observação e avaliação da criança	
Registos	
6. Percurso	
Registo da hora de início e fim do transporte	
Registar parâmetros, terapêutica e intervenções realizadas e respetiva hora	
7. Entrega da criança no serviço de destino	
Identificação da equipa e da criança	
História clínica e antecedentes	
Motivo transferência	
Parâmetros à chegada e intervenções realizadas durante o transporte	
Passagem dos exames complementares e outros documentos	
Registo da hora de entrega da criança e identificação do médico responsável	
Intercorrências durante o transporte	
8. Regresso ao serviço de origem	
Informar serviço de origem do resultado do transporte	
Registar hora de regresso	
Devolver equipamento e reportar qualquer anomalia	
Arquivar folhas de registo	

ANEXO 3 – DOCUMENTO DE REGISTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

PR.394.0

1. DECISÃO E PROCESSO DO TRANSPORTE

Data: __/__/__	Ativação: __h__	Partida do serviço de origem: __h__	Chegada ao serviço destino: __h__	Partida do serviço de destino: __h__	Chegada ao serviço de origem: __h__	Duração total do transporte: __h__
Serviço / hospital de origem:			Serviço / hospital de destino:			
Médico do serviço de origem:			Médico do serviço de destino:			
Telefone contacto direto:			Telefone contacto direto:			

2. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: (etiqueta)	DN: __/__/__	Peso:
	Idade:	
Diagnóstico:	Antecedentes Pessoais:	
História Clínica:	Motivo do transporte:	

3. AVALIAÇÃO DA CRIANÇA:

3.1. Triângulo de Avaliação Pediátrico

T - Trabalho Respiratório:
A - Aparência:
P - Perfusão periférica:

3.2. A – Via aérea (VA)

Local:	Serviço de origem	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Serviço de destino
Hora:						
VA permeável?						
Necessidade aspiração						
Adjuvantes VA						
Se VM: modo / TET nº __ a __ cml PIP: __ PEEP: __ FR: __ FiO ₂ : __ Fixação TET:						

3.3. B – Oxigenação

Local:	Serviço de origem	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Serviço de destino
Hora:						
Reserva O ₂ adequada						
O ₂ (l/min)						
SPO ₂						
FiO ₂						
Inspeção / auscultação/ percussão						
Drenagem torácica						

ANEXO 3 – DOCUMENTO DE REGISTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

PR.394.0

3.4. C – Circulação

Local:	Serviço de origem	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Serviço de destino
Hora:						
TA / FC						
Pele						
TPC:	<input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s	<input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s	<input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s	<input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s	<input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s	<input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s
Acesso venoso						
CVC local						
Drenagem vesical						
Abdómen						

3.5. D – Avaliação neurológica

Local:	Serviço de origem	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Serviço de destino
Hora:						
GCS:						
Glicemia						
Cetonémia						
Pupilas						
Dor						
Convulsões						

3.6. E – Exposição / trauma

Local:	Serviço de origem	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Ambulância	Serviço de destino
Hora:						
Temperatura						
Maca da ambulância						
Sistema de Retenção						
Imobilizador pediátrico						
Maca de vácuo						
Colar cervical						
Membros						

3.7. F – Família

Presença de família?
Parentesco?
Nome?
Família informada sobre situação clínica e transporte?

4. TERAPÊUTICA PRESCRITA PARA O TRANSPORTE:

ANEXO 3 – DOCUMENTO DE REGISTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

PR.394.0

5. MATERIAL, EQUIPAMENTO E DOCUMENTAÇÃO:

- Verificar material e equipamento disponível na ambulância;
- Verificar reserva de O₂;
- Assegurar fixação da criança na ambulância;
- Confirmar informação clínica e exames complementares de diagnóstico.

Material emprestado pelo serviço de origem:

Assinatura do enf^o Ch. Eq. / responsável serviço

6. INTERVENÇÕES REALIZADAS DURANTE O TRANSPORTE:

7. PASSAGEM DA CRIANÇA À EQUIPA DO SERVIÇO DE DESTINO:

Registar intercorrências / identificação do responsável do serviço de destino

Hora:

8. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR:

9. REGRESSO AO SERVIÇO DE ORIGEM

- Informar serviço de origem do resultado do transporte
- Devolver equipamento e reportar qualquer anomalia
- Arquivar folhas de registo.

Assinatura do enf^o Ch. Eq. / responsável serviço

- Assinatura do enfermeiro e do médico da equipa de transporte:

Fontes: Abecassis & Vieira (2013); INEM & DFEM (2021); OM & SPCI (2008)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)

Abertura dos olhos		Resposta verbal		Resposta motora	
Espontânea	4	Orientada <u>Balbucia</u>	5	Cumprer ordens <u>Movimentos normais</u> <u>Espontâneos</u>	6
Ordem verbal Estímulo verbal	3	Confusa <u>Choro irritável</u>	4	Localiza a dor <u>Fuga ao toque</u>	5
À dor	2	Inapropriada <u>Choro à dor</u>	3	Fuga à dor	4
Ausente	1	Incompreensível <u>Gemido à dor</u>	2	Flexão anormal	3
		Ausente	1	Extensão normal	2
				Ausente	1

Escala de Coma de *Glasgow* com adaptação (texto a vermelho) para Pediatria (<2 anos). (INEM & DFEM, 2021)

TABELAS E FÓRMULAS EM PEDIATRIA

PARÂMETROS VITAIS					INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL		
IDADE	PESO (Kg)	FR	FC	PA média	TET	Lâmina Laringoscópio	Distância (comissura labial)
RN termo	3,5	40	100-180	40-60	3-3,5	Recta 0-1	8,5-9
3 meses	6,0	35	90-180	45-75	3,5	Recta 1	10
6 meses	7,5	30	90-180	50-90	3,5-4	Recta 1	11
1 ano	10	24	90-170	50-100	4-4,5	Recta 1	11
2 anos	12	22	80-140	50-100	4,5-5	Recta 2/ Curva 1	12
3 anos	14	20	80-140	50-100	5	Curva 1/2	13
5 anos	18	16-20	70-120	60-90	5,5	Curva 1/2	14
7 anos	22	16-20	70-120	60-90	6	Curva 2	16
10 anos	33	16-20	60-110	60-90	6,5	Curva 2	17
12 anos	40	14-18	60-100	65-95	7	Curva 2/3	18
15 anos	50	14-16	60-100	65-95	7,5	Curva 3	19
Adulto	>50	14-16	60-100	65-105	8-9	Curva 4/5	20-21

(INEM & DFEM, 2021)

IDADE	SONDA ASPIRAÇÃO	SONDA GÁSTRICA	SONDA VESICAL (FOLEY)	CVC
RN	6-8 Fr	6-8 Fr	3-5 Fr	3-4 Fr
3 meses	8 Fr	8 Fr	5 Fr	4-4,5 Fr
1 ano	8 Fr	8 Fr	5-8 Fr	4,5 Fr
2 anos	8 Fr	8 Fr	8 Fr	4,5-5 Fr
5 anos	10 Fr	10 Fr	8 Fr	5 Fr
7 anos	10 Fr	10 Fr	8-10 Fr	5-7 Fr
10 anos	12 Fr	12 Fr	10-12 Fr	7 Fr
>12 anos	14 Fr	14 Fr	12-14 Fr	7 Fr

Mulher jovem adulta/adolescente: Foley 14-16Fr;
Homem jovem adulto/adolescente: Foley 16-18Fr

(INEM & DFEM, 2021)

Valores de PA sistólica em pediatria (mmHg)		
Idade	Normal	Limite inferior
0-1 mês	>60	50-60
1-12 meses	80	70
1-10 anos	90 + (2 x idade)	70 + (2 x idade)
>10 anos	120	90

(INEM & DFEM, 2021)

MEDICAÇÃO DE REANIMAÇÃO EM PEDIATRIA

Adrenalina	Diluir 1 amp (1:1000) 1mg até 10ml – dose EV 0,1ml /Kg – 10mcg/ Kg
Amiodarona	Diluir 1 amp 150mg até 15ml – dose EV 0,5 ml / Kg – 5mg/kg
Atropina	Diluir 1 amp 0,5 mg até 5 ml – dose EV 0,2 ml /Kg – 0,02mg/Kg

(INEM & DFEM, 2021)

APÊNDICE V – PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA MALA DE TIP

CHECK-LIST DA MALA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

BOLSA DE MATERIAL				
Material	Quantidade	Verificação	Validade	Observações
A – Via aérea				
Cânula orofaríngea nº 0 / 1 / 2 / 3 / 4	1 / 1 / 1 / 1			
Cânula nasofaríngea nº 5 / 7	1 / 1			
Máscara laríngea nº 1 / 2	1 / 1			
Máscara laríngea nº 3 / 4	1 / 1			
Nastro	1			
Sondas aspiração nº 6 / 8 / 10	2 / 2 / 2			
Sonda <i>Yankauer</i>	1			
Sonda nasogástrica nº 5 / 6 / 8 / 12	1 / 1 / 1 / 1			
Seringa 60 ml	1			
Saco coletor	1			
Insuflador manual neonatal	1			
Insuflador manual pediátrico	1			
Máscara nº 1 / 2 / 3 / 4	1 / 1 / 1 / 1			
Filtro bacteriológico	1			
Tubo ligação oxigênio	1			
Estetoscópio	1			
Gel lidocaína	1			
B – Ventilação / oxigenação				
Óculos nasais neonatais	1			
Óculos nasais pediátricos	1			
Óculos nasais adulto	1			
Máscara de <i>venturi</i>	1			
Máscara de alto débito pediátrica	1			
Máscara de alto débito adulto	1			
Máscara de aerossol pediátrica	1			
Câmara expansora pediátrica	1			
Sensor de oxímetro pediátrico	1			
C - Circulação				
Elérodos pediátricos	10			
Elérodos adulto	10			
Elérodos multifunções pediátricos	1			
Cateter venoso periférico nº 24G	4			
Cateter venoso periférico nº 22G	2			
Obturador	2			
Penso para fixar cateter	2			
Garrote descartável	1			
Seringas 1ml, 2ml, 5ml, 10 ml, 20 ml	2/ 2/ 4/ 4/ 2			
Agulhas diluição 19G	6			
Sistema soros	2			
Torneira 3 vias	2			
Prolongador	2			

Controlador de gota	1			
Sistema soro para bomba infusora	1			
D – Disfunção Neurológica				
Lanterna	1			
Glicómetro / tiras / lancetas	1 / 10 / 10			
E – Exposição				
Termómetro	1			
Compressas esterilizadas 5cm	4			
Compressas esterilizadas 10 cm	4			
Compressas não esterilizadas	1			
Ligadura 5 cm	2			
Ligadura 10 cm	1			
Adesivo 1 cm (castanho)	1			
Adesivo hipoalergénico rolo 10 cm	1			
Outro material				
Solução alcoólica para a pele	1			
Tesoura	1			
Luvas não esterilizadas S, M, L	6/ 6 / 6			
Luvas esterilizadas nº 6,5 / 7,5	1 / 1			
Resguardo	1			
Fralda	1			
Lamina de bisturi	1			
Contentor cortantes/ perfurantes	1			
BOLSA DE FÁRMACOS				
Fármaco	Quantidade	Verificação	Validade	Observações
Adrenalina sol. Inj. 1 mg/1 ml	4			
Atropina sol. Inj. 0,5 mg/1 ml	4			
Amiodarona sol. Inj. 50 mg/ml	2			
Adenosina sol. Inj. 6mg / 2ml	3			
Dopamina sol. Inj. 200mg/ 5 ml	1			
Noradrenalina sol. Inj. 1 mg/ ml	1			
Hidrocortisona sol. Inj. 100 mg	2			
Furosemida sol. Inj. 20mg/ 2ml	3			
Metoclopramida sol. Inj. 10mg/2 ml	1			
Ondasetron sol. Inj. 4mg/ 2ml	1			
Paracetamol sol. Perf. 1g/100 ml	1			
Glucose 30% sol. Inj. 20ml	2			
Água p.p.inj. 5 ml	4			
NaCl 0,9% sol. Inj. 10 ml	2			
Propofol 2%	1			
Midazolam sol. Inj. 15mg/3ml	1			
Diazepam sol. Inj. 10mg/2ml	1			
Diazepam rectal 10mg	1			
Salbutamol inal.	1			
Brometo Ipatrópio inal.	1			
Paracetamol rectal 125 mg / 250 mg	1 / 1			
Paracetamol comp. 500mg	2			

Ibuprofeno comp. 400mg	1			
NaCl 0,9% 500ml	1			
Lactato ringer 500ml	1			
Glicose 5% 100ml	1			
Glucose 10% 500ml	1			
Dx5% SF 500ml	1			

Verificar no dia 1 de cada mês / sempre que usado.

Verificado por:

Data:

BIBLIOGRAFIA

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM]. (2021). *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico*. Versão 2.0: INEM & Gabinete de Marketing e Comunicação.

Khilnani, P. & Chhabra, R. (2008, junho). Transport of critically ill children: how to utilize resources in the developing world. *Indian Journal of Pediatrics*, 75, 591-598.

Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Polke, E. & Lutman, D. (2020). Clinical guidelines – Transport considerations when transfer undertaken by local team. *Children's Acute Transport Service*. 1-7. Disponível em: <https://cats.nhs.uk/clinical-guidelines/>

Sarfatti, A. & Ramnarayan, P. (2017, maio). Transport of the critically ill child. *Paediatrics and child health*, 27 (5), 222-228. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.01.014>

APÊNDICE VI – ANÁLISE SWOT DO PROJETO DE INTERVENÇÃO



APÊNDICE VII – PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Planeamento do projeto de intervenção em serviço

Objetivo Geral: Promover a segurança no TIP

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	
1. Desenvolver competências relacionadas com a intervenção do enfermeiro EESIP no TIP;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolvimento de conhecimentos e competências sobre o TIP, sobre a prestação de cuidados de enfermagem à criança /jovem no transporte e sobre medidas de segurança, através de pesquisa em bases de dados científicas e revisão da literatura; 2. Desenvolvimento de conhecimentos e competências sobre a intervenção do enfermeiro EESIP no TIP e nos diferentes contextos de estágio; 3. Elaboração de revisão <i>scoping</i> sobre a promoção da segurança no TIP; 4. Apresentação do projeto ao professor orientador, ao enfermeiro orientador e à equipa de gestão de enfermagem; 5. Participação no TIP em contexto de estágio; 6. Realização do planeamento do TIP em contexto de estágio; 	Professor orientador, Enfermeiros orientadores e Enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço	Bases de dados científicas; programas de saúde; <i>guidelines</i> ; protocolos nacionais; normas e protocolos existentes nos serviços / instituições; livros; computador	Validação do projeto pelo professor orientador, pelo enfermeiro orientador, e pelos enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço;
2. Otimizar a intervenção do enfermeiro no TIP;	<ol style="list-style-type: none"> 7. Elaboração de proposta de reorganização do material de emergência no estágio na USF; 8. Participação na preparação do RN para o transporte inter-hospitalar pediátrico no estágio realizado no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal; 9. Aquisição de conhecimentos sobre o funcionamento do meio TIP do INEM no estágio realizado no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal; 10. Colaboração com a equipa TIP do INEM no transporte inter-hospitalar do RN durante o estágio; 11. Reunião com a enfermeira responsável pelo gabinete de qualidade da unidade local de saúde 	Professor orientador, Enfermeiros orientadores, Enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço, enfermeiros da equipa TIP do INEM, enfermeira responsável pelo gabinete de qualidade	Bases de dados científicas; protocolos nacionais; normas e protocolos existentes nos serviços / instituições; livros; computador; mala de transporte; material e fármacos	Validação da proposta de reorganização do material de emergência, do procedimento sobre o TIP, da folha de registos e da proposta de reorganização da mala de transporte pelo professor orientador, pelos enfermeiros orientadores; e pelos enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço;

	<p>12. Elaboração de proposta de procedimento sobre o TIP no estágio realizado no Serviço de Urgência Pediátrica;</p> <p>13. Elaboração de folha de registos de enfermagem para o TIP no Serviço de Urgência Pediátrica;</p> <p>14. Apresentação do procedimento ao professor orientador, ao enfermeiro orientador e à equipa de gestão de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica;</p> <p>15. Sensibilização da equipa de gestão de enfermagem para a aquisição de SRC para o Serviço de Urgência Pediátrica;</p> <p>16. Elaboração de proposta de reorganização da mala de transporte no Serviço de Pediatria;</p> <p>17. Apresentação da proposta de reorganização da mala de transporte ao professor orientador, ao enfermeiro orientador e chefia de enfermagem do Serviço de Pediatria.</p>			
3. Sensibilizar a equipa para a promoção da segurança do TIP;	<p>18. Pesquisa bibliográfica sobre o TIP;</p> <p>19. Revisão da literatura sobre as intervenções do enfermeiro no TIP;</p> <p>20. Realização de sessão de formação em serviço sobre os cuidados de enfermagem no TIP;</p>	Enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço; Equipa de enfermagem	Bases de dados científicas; protocolos nacionais; normas e protocolos existentes nos serviços / instituições; livros; computador; Mala de transporte;	Taxa de participação dos enfermeiros na sessão; Discussão em grupo no final da sessão; Preenchimento de formulário de avaliação da sessão
4. Otimizar a segurança dos enfermeiros no TIP em situação de suspeita ou confirmação de Covid-19.	<p>21. Elaboração de Kits de equipamento de proteção individual;</p> <p>22. Planeamento do TIP em situação de suspeita / confirmação Covid-19;</p> <p>23. Sensibilizar a equipa para as medidas de proteção no TIP em situação de suspeita / confirmação Covid-19;</p>	Enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço; Equipa de enfermagem	Bases de dados científicas; Normas e Orientações; Computador; Internet; equipamento de proteção individual	Validação dos Kits de equipamento de proteção individual pelos enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço

APÊNDICE VIII – CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Meses	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Atividades											
Pesquisa bibliográfica											
Diagnóstico de situação											
Definição de objetivos											
Planeamento											
Execução											
Atividade 1											
Atividade 2											
Atividade 3											
Atividade 4											
Atividade 5											
Atividade 6											
Atividade 7											
Atividade 8											
Atividade 9											
Atividade 10											

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na
 Promoção da Segurança no Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

Atividade 11											
Atividade 12											
Atividade 13											
Atividade 14											
Atividade 15											
Atividade 16											
Atividade 17											
Atividade 18											
Atividade 19											
Atividade 20											
Atividade 21											
Atividade 22											
Atividade 23											
Avaliação											
Divulgação dos Resultados											
Elaboração do Relatório											

ANEXOS

ANEXO I – CHECK-LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Anexo 1

CHECK LIST DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Nº _____ LOCALIZAÇÃO _____

TIPO DE MATERIAL	Quantidade
Material de Via Aérea/Ventilação	
Inflador manual com saco/reservatório e filtro descartável	Adulto 2 Pediátrico* 1
Máscara Facial	Nº2 → 5 1 de cada
Tubo de Guedel	Nº1 → 4 1 de cada
Tubo Nasofaríngeo	Nº6 1 Nº7 1
Laringoscópio	Cabo pequeno 1 Cabo normal 1 Lâminas de laringoscopia (recta nº 1,2) 1 de cada Lâminas de laringoscopia (curva nº 2, 3 e 4) 1 de cada
Tubo Endotraqueal c/cuff e sem cuff*	Nº3+ 2 Nº3,5+ 2 Nº 4, 4.5, 5 e 5.5* 2 Nº6 2 Nº6.5 2 Nº7 2 Nº7.5 2 Nº8 2 Nº8.5 2
Máscara Laringea	Nº4 e Nº5 1 de cada
Laringoscópio McCoy ¹	1
Introdutor Bougie ¹	1
Pinça Maggill	Adulto 1 Pediátrico 1
Kit de Cricotirostomia ¹	1
Máscara de O ₂ c/saco reservatório (alto débito)	Adulto 2 Pediátrico* 2
Máscara com nebulizador e tubo	2
Guia ou condutor	Adulto 1 Pediátrico* 1
Gel lubrificante	1
Fita de nastro ou outro sistema de fixação	1
Sonda de Aspiração	CH 6→18 4
Drenos torácicos	(nº14→40) 2

Válvula de Heimlich	1
Ponte de Aspiração Portátil/Aspirador de secreções	1
Ponte de Oxigénio Portátil (bala de oxigénio)	1
Drenos torácicos nº 14 → 40F	1 de cada

Material de Desfibrilhação

Desfibrilhador ²	1
Eléctrodos p/ desfibrilhação/pacemaker externo	2
Gel ultrassons	1
Eléctrodos p/ monitorização	1

Material de Fluidoterapia

Cloreto de Sódio 0.9%	500 ml	1
	1000 ml	1
Lactacto de Ringler	500 ml	1
Gelafundina	500 ml	1
Hidroxiétilamido (HAES)	500 ml	1
Manitol a 20%	250 ml	1
Bicarbonato de Sódio 8.4%	100 ml	1
Soro glicosilado 5%	500 ml	1
	100 ml	1
Cateter IV.	14G → 24G	4
Aplicador p/cateter	14G → 24G	4
Sistema de soro		5
Torneira de 3 vias c/prolongador		5
Seringa irrecuperável	1 c.c.	5
	2 c.c.	5
	5 c.c.	5
	10 c.c.	5
	20 c.c.	5
Aglhas irrecuperáveis	I.M. (0.8x40mm)	10
	I.V. (0.9x40mm)	10
	S.C. (0.60x25mm)	10
Aglha-Intraóssea ¹	Adulto	2
	Criança*	2

¹ material dos Serviços de Urgência da Rede de Serviços de Urgência

² o desfibrilhador deverá ser automático/semi-automático nos Centros de Saúde, USF e Extensões de Saúde e manual com monitor de sinais vitais e ECG 12 derivações nos Serviços/ Serviços de Urgência

* nos Serviços/ Unidades de Saúde em que se justifique ter material pediátrico

Fármacos

Ácido Acetilsalicílico 100mg (cp)	3
Adenosina 6mg (amp)	5
Adrenalina 1mg (amp)	10
Água Bidestilada 20cc (amp)	10
Amiodarona 150mg (amp)	5
Atropina 0,5mg (amp)	9
Bicarbonato de Sódio 8,4%, 10 MEq (amp)	5
Captopril 25mg	5
Cloreto de Potássio 7,45% (amp)	3
Cloreto de Sódio 20cc (amp)	5
Glucose 30% 20cc (amp)	2
Diazepam 10mg (amp)	5
Digoxina 0,5mg (amp)	3
Dopamina 200mg (amp)	3
Flumazenil, 5mg (amp)	4
Furosemida 20mg (amp)	15
Cloreto de Cálcio 10% (amp)	2
Hidrocortisona 100mg (amp)	2
Lidocaína a 1 % 10mg (amp)	2
Sulfato de Magnésio 20% (amp)	3
Midazolam 15mg (amp)	4
Naloxona 400mcg (amp)	4
Nitroglicerina 0,5mg (cp)	4
Prednisolona 1gr (amp)	1
Propofol 1% (amp)	3

Outro Material	Quantidades
Estetoscópio	1
Garrote	1
Adesivo Hipoalérgico 5x10	1
Compressas Esteril. 7.5x7.5	4
Compressas Esteril. 15x20	2
Luvas Cirúrgicas nº 6,5	1
Luvas Cirúrgicas nº 7	1
Luvas Cirúrgicas nº 7,5	1
Luvas Cirúrgicas nº 8	1
Luvas de Latex Médias (cx de 100)	1
Sonda Nasogástrica Tam. 14	1
Sonda Nasogástrica Tam. 16	1
Mini-plano duro	1
Colar cervical	
Pediátrico*	1
Adulto	1
Obeso	1
Salbutamol/Brometo ipatrópio nebul. (2,5mg+0,5mg) (amp)	2

ANEXO II – TESTE DO DESFIBRILHADOR DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Anexo 2

TESTE DO DESFIBRILHADOR

MÊS _____ ANO _____ (anexo2)

DESFIBRILHADOR	TESTE DIÁRIO	ASSINATURA Nº MEC.
DIA 1	OK <input type="checkbox"/>	
DIA 2	OK <input type="checkbox"/>	
DIA3	OK <input type="checkbox"/>	
DIA4	OK <input type="checkbox"/>	
DIA5	OK <input type="checkbox"/>	
DIA6	OK <input type="checkbox"/>	
DIA7	OK <input type="checkbox"/>	
DIA8	OK <input type="checkbox"/>	
DIA9	OK <input type="checkbox"/>	
DIA10	OK <input type="checkbox"/>	
DIA11	OK <input type="checkbox"/>	
DIA12	OK <input type="checkbox"/>	
DIA13	OK <input type="checkbox"/>	
DIA14	OK <input type="checkbox"/>	
DIA15	OK <input type="checkbox"/>	
DIA16	OK <input type="checkbox"/>	
DIA17	OK <input type="checkbox"/>	
DIA18	OK <input type="checkbox"/>	
DIA19	OK <input type="checkbox"/>	
DIA20	OK <input type="checkbox"/>	
DIA21	OK <input type="checkbox"/>	
DIA22	OK <input type="checkbox"/>	
DIA23	OK <input type="checkbox"/>	
DIA24	OK <input type="checkbox"/>	
DIA25	OK <input type="checkbox"/>	
DIA26	OK <input type="checkbox"/>	
DIA27	OK <input type="checkbox"/>	
DIA28	OK <input type="checkbox"/>	
DIA 29	OK <input type="checkbox"/>	
DIA30	OK <input type="checkbox"/>	
DIA31	OK <input type="checkbox"/>	

ANEXO III – REGISTO DE ABERTURA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Anexo 4

REGISTO DE ABERTURA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

DATA E HORA	Nº de SELO COLOCADO	MOTIVO	INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA Nº MEC
____/____/____ ____:____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		
____/____/____ ____:____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		
____/____/____ ____:____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		
____/____/____ ____:____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		